



RELATÓRIO FINAL

ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

2018 - 2024

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

NOVA MEDICAL SCHOOL | FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

INÊS DE FARIA MARQUES MARTINS | 2018341

Regente: Professor Doutor Rui Maio

Orientador: Professora Doutora Catarina Salvado

**“Eles não sabem, nem sonham,
Que o sonho comanda a vida,
Que sempre que um homem sonha
O mundo pula e avança
Como bola colorida
Entre as mãos de uma criança.”**

- António Gedeão, Pedra Filosofal

AGRADECIMENTOS

Acabo o curso de medicina com um sentimento de profunda gratidão, dirigido a todos os cruzaram caminhos comigo e tornaram esta jornada de aprendizagem possível e completa.

A todos os professores, tutores e assistentes que me acompanharam ao longo destes 6 anos, expresso o meu profundo agradecimento pela partilha de experiências e saberes, e por dedicarem parte do vosso tempo a cultivar em mim e nos meus colegas o amor por esta nobre arte que é a Medicina. Reconheço a importância fundamental que têm na minha formação enquanto futura profissional de saúde.

“A verdadeira viagem de descoberta não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos” – A todos os amigos que caminharam sempre ao meu lado nos piores e melhores momentos e que me ajudaram a entender novas perspetivas e a superar todos os desafios ao longo desta jornada e com quem percebi que “Medicina não se faz sozinho”, expresso a minha profunda gratidão - levo-vos comigo para a vida.

Ao Pedro, que foi o meu maior apoio ao longo de todos estes anos de curso. Nos momentos de incerteza, foi aquele que nunca deixou de acreditar em mim e que sempre me ajudou a levantar cada vez que tropecei.

À minha mãe, que viveu comigo todas as minhas conquistas e aparou-me em todas as quedas, que me ensinou que o que importa não é viver, mas saber viver e principalmente por me ter dado asas.

Ao meu avô que me incentivou para todos os meus sonhos e me deu o vento para conseguir voar.

Ao meu pai e à minha avó por terem sido pilares de incentivo e observação atenta durante este voo.

À pessoa que eu era há sete anos, que enfrentou o desafio de não ter sido aceite em Medicina, mas que persistiu, recusando-se a deixar que uma nota determinasse o seu futuro. Atualmente, está prestes a concluir o curso pelo qual sempre sonhou.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	6
2.1 CIRURGIA GERAL.....	7
2.2 MEDICINA INTERNA.....	7
2.3 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	8
2.4 SAÚDE MENTAL	9
2.5 MEDICINA GERAL E FAMILIAR.....	9
2.6 PEDIATRIA	10
3 - ELEMENTOS VALORATIVOS.....	10
4 - REFLEXÃO CRÍTICA.....	11
5 - GLOSSÁRIO	14
6 - ANEXOS.....	15
<i>Anexo 1 – Atividades do Estágio Profissionalizante.....</i>	<i>15</i>
Tabela 1.1. – Cronograma do estágio profissionalizante.....	15
Tabela 1.2 – Sessões Clínicas assistidas no contexto do estágio profissionalizante.....	16
<i>Anexo 2 – Trabalhos do Estágio Profissionalizante.....</i>	<i>16</i>
Tabela 2.1 – Trabalhos Realizados durante o Estágio Profissionalizante.....	16
2.2. Slides “Hamartoma Quístico Retro-Retal”	17
2.3. Slides “Hiponatremia”	19
2.4. Slides “Vulvovaginites”	22
2.5. Slides “Apresentação de Caso Clínico”	26
2.6. Slides “Gastroenterite Aguda”	28
<i>Anexo 3 – Casuística.....</i>	<i>30</i>
3.1. CIRURGIA GERAL	30
Gráfico 3.1.1. – Procedimentos cirúrgicos observados durante o estágio de Cirurgia	30
Tabela 3.1.2. – Cirurgias observadas.....	30
Tabela 3.1.3. – Doentes observados na consulta externa de Cirurgia Geral.....	31
3.2. MEDICINA INTERNA.....	32
Gráfico 3.2.1. – Distribuição dos motivos de internamento por sistema afetado	32
Tabela 3.2.2. – Doentes observados no Serviço de Urgência	32
3.3. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	33
Gráfico 3.3.1. – Consultas observadas no estágio de Ginecologia e Obstetrícia	33
Gráfico 3.3.2. – Distribuição dos motivos de ida ao Serviço de Urgência	33
Tabela 3.3.3. – Partos assistidos.....	33
3.4. SAÚDE MENTAL.....	34

Tabela 3.4.1. – Doentes observados no Internamento de Psiquiatria.....	34
Tabela 3.4.2. – Doentes observados na consulta comunitária de Psiquiatria.....	34
3.5 MEDICINA GERAL E FAMILAR.....	35
Gráfico 3.5.1. – Consultas observadas e realizadas sob supervisão no estágio de MGF... 35	
Tabela 3.5.2. – Principais problemas observados no estágio de MGF	35
3.6 PEDIATRIA	36
Gráfico 3.6.1. – Consultas observadas no estágio de Pediatria	36
Tabela 3.6.2. – Doentes observados no serviço de urgência de Pediatria	36
Anexo 4 – <i>Certificados</i>	37
4.1. – Participação no curso TEAM (Trauma Evaluation and Management).....	37
4.2. – Participação na Sessão de Simulação Luz <i>Learning Health</i>	37
4.3. – Participação no Workshop “Alterações equilíbrio ácido-base”	38
4.4.– Participação no Workshop “Decisões de Fim de Vida”	38
4.5. – Certificados de Palestras e Congressos.....	39
4.5.1.– Certificado de participação no World Pancreatic Day.....	39
4.5.2.– Certificado de participação no Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz	39
4.5.3. – Certificado de participação no iMed Summit 2024.....	40
4.5.4. – Certificado de participação no Medical Students Cooperating Meeting	41
4.6. – Boletim de Reconhecimentos Académicos Erasmus+ Estudos.....	42
4.7. – Certificados de Participação Associativa	43
4.7.1. Hospitality Coordinator – iMed Conference 13.0.....	43
4.7.2. Head of Logistics– iMed Conference 14.0	43
4.7.3. President– iMed Conference 15.0	44
4.7.4. Membro Efetivo do Grémio Académico da Nova Medical School.....	44
Anexo 5 – <i>Autoavaliação</i>	45

1 - INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O sexto e último ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) representa o ápice do meu percurso formativo. A Unidade Curricular de Estágio Profissionalizante, composta por seis estágios parcelares (Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental, Medicina Geral e Familiar e Pediatria) representa a última oportunidade de contato formal com especialidades fundamentais para a formação dos estudantes de Medicina. Este ano de formação é de extrema importância, pois permite-nos aplicar de forma prática os conhecimentos adquiridos ao longo dos últimos anos, exercendo de forma supervisionada a prática daquilo que será a nossa futura profissão.

Proporciona-nos, ainda, a capacidade de desenvolver uma autonomia progressiva e aprimorarmos as competências necessárias para a prática clínica. A integração nas equipas médicas, tanto em ambiente hospitalar como nos cuidados de saúde primários, oferece-nos uma visão abrangente e detalhada do funcionamento do sistema de saúde português, garantindo assim uma formação completa.

Com base nos objetivos de aprendizagem apresentados nos documentos "O Licenciado Médico em Portugal" e "*The Tuning Project*", defini as seguintes metas transversais para todos os estágios parcelares: 1) Consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso, aplicando-os sempre que possível na prática clínica; 2) Aprimorar o raciocínio clínico e a abordagem das patologias mais comuns em cada especialidade, priorizando os problemas identificados; 3) Desenvolver a capacidade de solicitar e interpretar exames complementares de diagnóstico, bem como a própria gestão da terapêutica e o seguimento dos doentes; 4) Melhorar as competências de comunicação com os profissionais de saúde, doentes e respetivos familiares, promovendo a interdisciplinaridade; 5) Conhecer e aplicar conceitos fundamentais de promoção de saúde e prevenção de doenças; 6) Praticar e aperfeiçoar as competências essenciais à relação médico-doente; 7) Utilizar de forma eficaz as diversas plataformas de saúde e softwares disponíveis para o uso profissional; 8) Ser proativa e motivada no desenvolvimento contínuo de competências, incluindo a participação em atividades extracurriculares que valorizem o meu crescimento pessoal e profissional;

Este relatório tem por objetivo relatar as atividades realizadas ao longo do ano, bem como destacar as atividades extracurriculares em que me envolvi e que influenciaram significativamente o meu desempenho neste último ano.

Inicialmente, apresento os aspetos mais relevantes de cada estágio parcelar; em seguida, detalho os elementos curriculares e extracurriculares que enriqueceram o meu percurso; e, por fim, concluo com uma reflexão crítica e o balanço global do meu progresso.

2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1 Cirurgia Geral

11 de Setembro a 3 de Novembro de 2023 | Hospital da Luz de Lisboa | Tutor: Dr. Paulo Roquete

Realizei o estágio parcelar de Cirurgia Geral no Hospital da Luz de Lisboa, de 11 de Setembro a 3 de Novembro de 2023, sob a tutela do Dr. Paulo Roquete. Como objetivos para este estágio, destaco: familiarizar-me e aplicar de forma correta a linguagem e terminologia cirúrgicas; desenvolver as minhas capacidades práticas na execução de procedimentos de pequena cirurgia e técnicas de assepsia; adquirir conhecimento acerca das principais patologias cirúrgicas, incluindo as manifestações clínicas, diagnósticos e opções terapêuticas.

Das 8 semanas, 2 correspondiam a estágio opcional que escolhi a especialidade de Gastrenterologia. o que me permitiu ampliar a minha compreensão clínica e obter uma visão mais abrangente da interconexão entre a Cirurgia Geral e a especialidade de Gastrenterologia.

No bloco operatório, observei um total de 31 cirurgias, participando em 3 delas como primeira ou segunda ajudante. Aquando da minha participação pude aprender e aperfeiçoar a técnica de desinfeção, o contacto com o material esterilizado e ainda a oportunidade de manusear instrumentos cirúrgicos e treinar técnicas de sutura. As cirurgias que assisti mais frequentemente foram correções cirúrgicas de hérnias, excisões de tumores benignos e colecistectomias (gráfico 3.1.1). Em anexo (tabela 3.1.2) encontra-se o registo das cirurgias que observei.

Tive ainda a possibilidade de acompanhar desde a consulta pré-cirúrgica, preparação do doente para o bloco, à indução e manutenção anestésica, à intervenção cirúrgica e cuidados pós-operatórios. Na consulta externa (tabela 3.1.3), as principais patologias que observei foram a patologia biliar e a patologia da parede abdominal.

Participei num curso prático: O curso TEAM (Anexo 4.1) que me permitiu enriquecer os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, como também, no Congresso Nacional de Cirurgia do Grupo Luz Saúde. (Certificado 4.5.2)

Ao longo do período de estágio pude usufruir de sessões formativas (tabela 1.2) reuniões multidisciplinares, sessão de simulação (Anexo 4.2), e ainda o Mini-Congresso de Cirurgia no qual apresentei um trabalho sobre “Hamartoma quístico retro-retal” (Anexo 2.2).

2.2 Medicina Interna

6 de Novembro de 2023 a 12 de Janeiro de 2024 | Hospital de São Francisco Xavier | Tutor: Dr.ª Ana Lynce

O meu estágio parcelar de Medicina Interna foi realizado no serviço de Medicina 1 no Hospital de São Francisco Xavier, de 6 de Novembro de 2023 a 12 de Janeiro de 2024, sob a tutela da Dra. Ana Lynce. Defini como objetivos principais para este estágio: proceder ao diagnóstico das patologias clínicas mais importantes no doente adulto; adquirir conhecimento e autonomia na organização interna hospitalar e na articulação com os diversos serviços existentes.

Inicialmente, comecei por acompanhar dois doentes e, gradualmente, ganhei mais autonomia, o que me permitiu aumentar o número de doentes sob a minha observação, bem como a

complexidade dos casos tratados. O estágio proporcionou-me a oportunidade de fazer a colheita de anamnese, realização de exame objetivo, monitorização das vigilâncias, a utilização de plataformas como o SClínico, solicitar exames complementares de diagnóstico, discutir e propor terapêutica, redigir notas de entrada e altas, colaborar com outras especialidades e ainda comunicar às famílias a situação clínica. No total, observei um total de 44 doentes em internamento, dando-me a oportunidade de contactar com patologias bastante distintas e casos complexos. Em anexo encontra-se a distribuição dos motivos de internamento por sistema afetado (gráfico 3.2.1)

Procedimentalmente, tive a oportunidade de observar várias técnicas, como a colocação de acessos venosos centrais e periféricos, toracocenteses, ecocardiogramas e punções lombares. Além disso, realizei procedimentos como gasimetrias arteriais e zaragatoas nasofaríngeas.

Frequentei também o Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier (tabela 3.2.2), onde acompanhei a equipa médica tanto no balcão como no serviço de observação.

Para além das atividades descritas, participei em dois workshops: “Alterações no Equilíbrio Ácido-Base” e “Decisões de Fim de Vida” (Anexo 4.3 e 4.4) e assisti a várias sessões clínicas formativas (tabela 1.2) apresentadas por médicos do serviço. Como elemento de avaliação, apresentei uma sessão clínica, juntamente com colegas minhas, sobre o tema “Hiponatrémia” (Anexo 2.3).

2.3 Ginecologia e Obstetrícia

22 de Janeiro a 16 de Fevereiro de 2024 | Hospital de Cascais | Tutor: Dr.ª Cecília Reimão

O estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia, coordenado pela Professora Doutora Teresinha Simões, realizou-se no Hospital de Cascais, de 22 de Janeiro a 16 de Fevereiro de 2024 sob a tutela da Dra. Cecília Reimão.

Dado o meu interesse em especialidades médico-cirúrgicas e reconhecendo a abrangência da especialidade de Ginecologia-Obstetrícia, estabeleci como principais objetivos: observar e participar no máximo de atividades possível, com o propósito de aprofundar o entendimento sobre o dia-a-dia e as principais funções dos ginecologistas obstetras; sistematizar os conteúdos estudados, treinar a capacidade de raciocínio clínico e diagnóstico diferencial e realizar autonomamente o exame ginecológico;

Ao longo das 4 semanas de estágio, tive a oportunidade de explorar diversas áreas da especialidade, incluindo a consulta de obstetrícia, ecografia obstétrica, consulta de ginecologia, ecografia e exames ginecológicos, como a colposcopia (gráfico 3.3.1). No que diz respeito ao internamento, concentrei-me principalmente na vertente do puerpério, onde pude observar cerca de 16 puérperas e realizar o exame objetivo geral, que inclui a quantificação das perdas hemáticas, palpação do útero, confirmação do trânsito intestinal, bem como a inspeção e a palpação mamária. Contactei com a vertente cirúrgica da especialidade através do bloco operatório onde assisti a 5 cirurgias, e através do SU, onde passava 12 horas semanais, tendo observado e participado em diversas cesarianas e partos vaginais (gráfico 3.3.2 e tabela 3.3.3).

Paralelamente ao estágio participei ainda no workshop “*The Woman*”, que incidiu sobre diversos temas essenciais da especialidade de ginecologia-obstetrícia. A avaliação consistiu na apresentação de um seminário com tema “Vulvovaginites” com base no consenso atualizado da Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (Anexo 2.4)

2.4 Saúde Mental

19 de Fevereiro a 15 de Março de 2024 | Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca | Tutor: Dr.ª Patrícia

Realizei o estágio parcelar de Saúde Mental no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), de 19 de Fevereiro a 15 de Março de 2024. Este estágio esteve dividido em duas partes, sendo decorreu inicialmente no internamento de psiquiatria e posteriormente acompanhei consultas da equipa de Psiquiatria comunitária de Queluz.

No internamento, acompanhei a Dra. Patrícia Gonçalves no seguimento de vários doentes com patologias psiquiátricas agudas, tanto episódios inaugurais como descompensações de condições preexistentes, permitindo-me aplicar conhecimentos na prática clínica através do reconhecimento de sinais e sintomas específicos. Em anexo encontram-se as patologias observadas (tabela 3.4.1)

Na consulta comunitária tive oportunidade de acompanhar o Dr. Júlio Santos e contactar com diversas patologias psiquiátricas, principalmente, perturbação depressiva e da ansiedade, perturbações do humor e esquizofrenia (gráfico 3.4.2)

No início do estágio, houve um seminário de “Urgências em Psiquiatria e Perturbações de Personalidade” lecionado pelo Professor Doutor Miguel Cotrim Talina, o que permitiu cimentar conhecimentos, e ainda tive a oportunidade de acompanhar sessões clínicas semanais (tabela 1.2) dos diversos profissionais do Departamento de Saúde Mental do HFF, fomentando a aprendizagem e o enriquecimento contínuo dos profissionais e estudantes.

Tive ainda oportunidade de colher uma história clínica de um doente com Perturbação Depressiva, com as colegas Maria Vaz e Mariana Branco.

2.5 Medicina Geral e Familiar

18 de Março a 19 de Abril de 2024 | USF São Julião | Tutor: Dr.ª Helena Febra

Realizei o estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar na USF São Julião, em Oeiras, no período de 18 de Março a 19 de Abril de 2024, sob a tutela da Dra. Helena Febra.

Este foi o meu primeiro contacto formal com a especialidade e foi dos estágios mais importantes do meu 6º ano. Estabeleci como principais objetivos: praticar a abordagem centrada na pessoa; identificar e gerir problemas de saúde comuns na comunidade; aplicar técnicas de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco.

Ao longo do estágio, acompanhei a minha tutora nas suas atividades clínicas, assistindo a consultas realizadas pela mesma e realizando outras com autonomia parcial, que fui adquirindo de forma progressiva, tendo acabado por realizar 99 consultas. Estas consultas incluíram saúde

de adultos, saúde infantil e juvenil, consultas de planeamento familiar, saúde materna e consultas de intersubstituição (gráfico 3.5.1). Durante as consultas pude observar a abordagem das patologias mais comuns na população (tabela 3.5.2) como também tive a oportunidade de praticar procedimentos médicos, como por exemplo, colheitas para colpocitologia.

A avaliação formal inclui ainda a apresentação de um caso clínico (Anexo 2.5) de um doente que observei em consulta, tendo assim oportunidade de praticar a realização de anamnese, elaboração de genograma, círculo familiar de *Thrower*, identificação de problemas de saúde, organização da informação através do SOAP e a concretização do plano de cuidados a curto, médio e longo prazo.

2.6 Pediatria

22 de Abril a 17 de Maio de 2024 | Hospital de São Francisco Xavier | Tutor: Dr.ª Madalena Sales Luís e Dr. Edmundo Santos

Realizei o estágio de Pediatria no do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), de 22 de Abril a 17 de Maio de 2024, sob a orientação da Dra. Madalena Sales Luís e do Dr. Edmundo Santos, marcando o fim do meu percurso no ano profissionalizante.

Foi-me proporcionada a oportunidade de obter uma experiência ampla e integrada da Pediatria, tendo passado por diversas áreas, nomeadamente uma semana no Serviço de Urgência (tabela 3.6.2), uma semana nas Consultas Externas, onde tive a oportunidade de assistir à consulta de Endocrinologia Pediátrica, consulta de Prematuridade e consulta de Pediatria geral (gráfico 3.6.1) Ainda tive as duas últimas semanas de estágio no Berçário, com a possibilidade de passar uma manhã no internamento de neonatologia.

Gostaria de destacar que o período passado no Berçário foi especialmente enriquecedor, pois permitiu-me desenvolver uma maior autonomia na observação dos recém-nascidos. Durante este tempo, tive a oportunidade de realizar exames objetivos, contribuir para a colheita de anamnese e preencher o Boletim de Saúde Infantil.

Ao longo deste estágio, tive a oportunidade de participar em várias sessões formativas (tabela 1.2) como também a apresentação de seminários. Neste contexto, apresentei um seminário sobre “Gastroenterite Aguda”. (Anexo 2.6)

3 - ELEMENTOS VALORATIVOS

“O médico que só sabe de Medicina, nem Medicina sabe”. “Foi com estas palavras que delinee o meu percurso ao longo destes últimos 6 anos.

Procurei, ao máximo, envolver-me em atividades extracurriculares que proporcionassem o meu crescimento, contribuindo não só para a minha formação, mas também para o meu desenvolvimento pessoal e enquanto futura médica.

No âmbito do meu desenvolvimento educacional, com o intuito de enriquecer o meu conhecimento, participei em diversas palestras, congressos e *workshops*, os quais estão destacados em anexo. (anexos 4.5.1 e 4.5.2);

No 5º ano, com o objetivo de sair da minha zona de conforto e de explorar a realidade médica num contexto internacional, decidi participar num programa de mobilidade Erasmus + Estudos, com duração de 5 meses, na *Università degli Studi di Roma "La Sapienza"*, em Itália (anexo 4.6). Esta experiência revelou-se uma das mais enriquecedoras da minha vida; deparei-me com realidades totalmente distintas da minha, que ampliaram os meus horizontes e levaram-me a refletir sobre as diferenças não só nos sistemas nacionais de saúde como nas diferenças de ensino.

No âmbito da participação associativa, desempenhei cargos no *iMed Conference®* ao longo de três edições, até ao presente ano letivo: como Membro de Hospitalidade do Departamento de Logística em 2020/2021 (anexo 4.7.1), *Head* do Departamento de Logística em 2021/2022 (anexo 4.7.2) e Presidente no mandato de 2022/2023 (anexo 4.7.3). Este percurso revelou-se uma verdadeira maratona inesperada, que não só me proporcionou crescimento pessoal, mas também me permitiu compreender a complexidade do trabalho por trás de um projeto conceituado. Enfrentei desafios constantes, desde a gestão de pessoas e equipas até à necessidade de manter a constante inovação para cativar o público e manter o projeto relevante e interessante. Atualmente continuo a acompanhar o projeto tendo participado no *iMed Summit 2024*. (certificado 4.5.3)

Durante este último ano de MIM, ainda tive a possibilidade de participar no *Medical Students Cooperation Meeting* tendo realizado o percurso "*Let's talk about sex...*" - Saúde Sexual e Reprodutiva e participado na sessão paralela "Negociação e Patrocínios". (anexo 4.7.4)

Para concluir, integrei o grupo estudantil Grémio Académico como membro efetivo a partir de 2020, assumindo a posição de Vice-Presidente da Mesa da Assembleia Geral durante o mandato de 2020/2021. (anexo 4.7.4)

4 - REFLEXÃO CRÍTICA

Ao completar os seis anos do Mestrado Integrado em Medicina, resta-me refletir sobre o meu percurso, em especial este último ano. O estágio profissionalizante, dividido em seis estágios parcelares, desempenhou um papel fundamental nesta fase final de formação. Estes estágios não só me proporcionaram uma antevisão do meu futuro como médica, mas também me ofereceram experiências enriquecedoras que levarei comigo ao longo da minha carreira.

Iniciei o ano com dois meses de **Cirurgia Geral**. A minha experiência foi diferente do que esperava, pois comecei o estágio com uma semana de atraso devido a uma cirurgia à coluna que me fez questionar a minha capacidade de realizar o mesmo. Contudo, olhando para trás, percebo que esta experiência me proporcionou uma visão mais empática em relação aos doentes. Estar tanto no papel de médico como no de doente realçou a importância de a prática médica ir além dos atos técnicos, valorizando a empatia e a compreensão das dores dos doentes. Em relação ao

estágio de Cirurgia Geral, o tempo no bloco operatório foi o mais enriquecedor, contribuindo significativamente para o meu crescimento e aquisição de competências. No entanto, apesar de ter participado em algumas cirurgias, senti que a minha participação poderia ter sido mais ativa. Essa limitação impediu-me de aplicar plenamente os conhecimentos teóricos na prática. Nas consultas externas, observei uma variedade de casos, e devo realçar que a relação tutor-aluno proporcionou uma excelente oportunidade para um acompanhamento mais atento da prática clínica. No entanto, a ausência de contacto com o Serviço de Urgência Externa foi uma lacuna, pois teria sido valioso para compreender a gestão de situações agudas e estabelecer uma conexão mais próxima com o tratamento urgente e emergente de patologias cirúrgicas.

O estágio de **Medicina Interna** foi surpreendentemente o mais gratificante da minha formação. Pude participar ativamente em todas as atividades, destacando-se a autonomia que me foi concedida progressivamente ao longo do estágio. A maior parte do meu tempo foi passado na enfermaria, onde acompanhei diversos doentes, a maioria com patologias comuns, o que me permitiu aprimorar o raciocínio clínico e a sistematização na abordagem dessas condições. A integração na equipa foi crucial e a duração do estágio foi fundamental para esse processo. Com o apoio dedicado que recebi, pude sentir-me confortável, assumir autonomia nas tarefas diárias e, acima de tudo, desenvolver gradualmente uma maior responsabilidade. Este estágio superou amplamente as minhas expectativas, sendo uma experiência incrivelmente positiva e enriquecedora. Pela primeira vez em seis anos, senti realmente o que é ser médica e vivi essa realidade de forma plena. Foi também uma oportunidade para reconhecer um problema constante nas enfermarias: a influência do contexto social dos doentes. Percebi que o trabalho de um médico de Medicina Interna não se limita apenas à abordagem das condições clínicas, mas também envolve a gestão de situações que exigem atenção especial e uma abordagem diferenciada. São casos onde a 'alta' hospitalar ultrapassa a esfera clínica, tornando-se uma narrativa de resiliência e apoio contínuo.

Nas quatro semanas do estágio parcelar de **Ginecologia e Obstetrícia**, pude contactar com diferentes áreas da especialidade, tendo tido oportunidade de observar a abordagem à mulher nas diferentes fases do seu ciclo reprodutivo. Esta distribuição é muito benéfica na nossa formação médica, já que nos permite ter uma visão muito mais abrangente da especialidade, proporcionando conhecimentos teóricos e práticos numa maior diversidade de patologias. Durante este estágio deparei-me com os desafios significativos que o SNS enfrenta, manifestados em urgências sobrecarregadas. Ficou evidente que há uma necessidade de intensificar a educação em saúde gestacional e importância de uma estratégia mais eficaz na educação para a saúde, que poderia prevenir o encaminhamento desnecessário para os serviços de urgência, aliviando assim a sua sobrecarga e permitindo um foco maior nos casos verdadeiramente urgentes.

No estágio de **Saúde Mental**, uma especialidade que me fascina, tive a possibilidade de frequentar o internamento e as consultas comunitárias. As 4 semanas de estágio revelaram-se

uma jornada inspiradora, não apenas pela vasta aprendizagem clínica e humana, mas também por evidenciar a urgente necessidade de desmistificar e combater os estigmas. Torna-se essencial dar a possibilidade de aliviar o peso sobre os ombros daqueles que sofrem, mas também pavimentar o caminho para um futuro onde a saúde mental seja encarada com a seriedade, o respeito e a dignidade que merece. Destaco como ponto negativo a dificuldade de frequentar o Serviço de Urgência de Psiquiatria, que considero essencial para a nossa formação, uma vez que é neste ambiente que conseguimos observar a doença na sua forma aguda e aplicar a teoria na prática de forma mais eficaz.

No estágio de **Medicina Geral e Familiar**, que devo admitir ter sido o mais trabalhoso, mas também um dos mais gratificantes, tive a oportunidade de lidar com uma grande variedade de situações clínicas. Esta experiência permitiu-me aplicar e consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, além de desfrutar de uma autonomia significativa. Compreendi melhor a importância fundamental da Medicina Geral e Familiar na gestão da saúde do doente, reconhecendo o seu papel crucial na coordenação dos cuidados de saúde ao longo do tempo. Esta especialidade garante uma abordagem integral e personalizada para cada indivíduo, sublinhando a sua importância no sistema de saúde. No entanto devo destacar que a demanda e o compromisso com o estágio são tão elevados que, muitas vezes, encontrei desafios em equilibrar o tempo e a energia entre a componente prática e a preparação teórica necessária para a Prova Nacional de Acesso.

O estágio de **Pediatria** no HSFx foi muito benéfico, permitindo-me explorar diversas áreas da especialidade. Esta experiência proporcionou-me uma visão mais ampla da Pediatria, possibilitando a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos em várias patologias. Além disso, compreendi a importância vital de uma comunicação eficaz, tanto com as crianças quanto com os seus pais. Destaco como ponto negativo, a falta de autonomia concedida, devido à elevada quantidade de alunos e internos de formação geral presentes no serviço.

Concluo que o 6º ano foi um ano extremamente exigente, mas acima de tudo, muito recompensador; foi o ano que realmente pude “aprender ao fazer”.

Considero que atingi a maioria dos objetivos que me propus inicialmente e estou convencida de que este ano foi extremamente valioso para o meu desenvolvimento pessoal e académico. Foi também um ano em que concluí um capítulo significativo que percorri durante metade do curso, o iMed Conference. Este projeto desafiou-me em todos os aspetos, proporcionando o meu crescimento, incentivando a inovação e revelando as dificuldades inerentes à gestão de uma equipa de 30 pessoas. *“We can look at these years as a short run that turned out to be a marathon.”* Estas palavras, que fizeram parte do discurso de encerramento da conferência, simbolizam perfeitamente a jornada que é o curso de medicina. Tal como numa maratona, são necessárias resiliência e força de vontade, qualidades indispensáveis neste curso, e posso afirmar com orgulho que estou prestes a alcançar a meta.

5 - GLOSSÁRIO

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOAP – Subjetivo; Objetivo; Avaliação; Plano

TEAM - Trauma Evaluation and Management

USF – Unidade de Saúde Familiar

VL – Videolaparoscopia

6 - ANEXOS

Anexo 1 – Atividades do Estágio Profissionalizante

Tabela 1.1. – Cronograma do estágio profissionalizante

ESTÁGIO	COORDENADOR DE ESTÁGIO	PERÍODO DE ESTÁGIO	TUTOR	LOCAL DE ESTÁGIO
Cirurgia Geral	Professor Doutor Rui Maio	11 de Setembro a 3 de Novembro de 2023	Dr. Paulo Roquete	Hospital da Luz de Lisboa
Medicina Interna	Professor Doutor António Mário Santos	6 de Novembro de 2023 a 12 de Janeiro de 2024	Dr.ª Ana Lynce	Hospital de São Francisco Xavier (Medicina I)
Ginecologia e Obstetrícia	Professora Doutora Teresinha Simões	22 de Janeiro a 16 de Fevereiro de 2024	Dr.ª Cecília Reimão	Hospital de Cascais
Saúde Mental	Professor Doutor Miguel Cotrim Talina	19 de Fevereiro a 15 de Março de 2024	Dr.ª Patrícia Gonçalves e Dr. Júlio Santos	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Medicina Geral e Familiar	Professor Doutor Daniel Pinto	18 de Março a 19 de Abril de 2024	Dr.ª Helena Febra	USF São Julião
Pediatria	Professor Doutor Luís Varandas	22 de Abril a 17 de Maio de 2024	Dr.ª Madalena Sales Luís e Dr. Edmundo Santos	Hospital de São Francisco Xavier

Tabela 1.2 – Sessões Clínicas assistidas no contexto do estágio profissionalizante

ESTÁGIO	TEMA DA SESSÃO CLÍNICA	DATA
Cirurgia Geral	A Velocidade da Luz	27/09/2023
	A Importância da Farmacologia Clínica	04/10/2023
	Momento de “distração” Facial	11/10/2023
	A Medicina Interna para além do Internamento	18/10/2023
Medicina Interna	“Low dose magnesium sulfate versus high dose in the early management of rapid atrial fibrillation- Randomized controlled double-blind study (LOMAGHI)”	6/11/2023
	Sessão clínica com radiologia	13/11/2023
	“Malignant Superior Vena Cava Syndrome : A scoping Review”	20/11/2023
	Leucemias agudas no Idoso	24/11/2023
	“ Effect of finerenone on diabetic kidney disease outcomes with estimated glomerular filtration rate below 25 mL/min/1.73 m2”	27/11/2023
	“Patisiran treatment in patients with Transthyretin Cardiac Amyloidosis	4/12/2023
	Complicações das terapêuticas de reperfusão no AVC isquémico agudo	11/12/2023
	Síndrome Hemafagocítico	05/01/2024
	“Trombocitoénia imune – Abordagem atual diagnóstica e terapêutica	08/01/2024
Ginecologia e Obstetrícia	Hiponatremia	12/01/2024
	Patologia Tiroideia na Gravidez	26/01/2024
	Maturação cervical e indução de trabalho de Parto	02/01/2024
	Vulvovaginites	09/01/2024
Saúde Mental	Organização dos cuidados de Saúde na pré conceção, gravidez e puerpério	16/02/2024
	Espaço@Com: Psic(O)Educação	21/02/2024
	Enroll-HD- Uma plataforma Internacional integrada de investigação clínica e estudo observacional para a doença de Huntington	28/02/2024
Pediatria	Psicofarmacologia na Doença Renal Crónica e Hemodiálise	06/03/2024
	“Mycoplasma Pós-pandemia – finalmente ressurgiu?” – Casuística, caso clínico e revisão teórica	24/04/2024
	“Unusual Presentation of Cow’s Milk Protein Allergy”	26/04/2024
	“Metoclopramide Induced Dystonia in Children: Two Case Reports”	26/04/2024
	Berçário – Manual de Apoio	03/05/2024
	ACOLHE – Santa Casa Misericórdia de Lisboa	08/05/2024
	“The Burden of Flu & the role of LAIV” - AstraZeneca	15/05/2024

Anexo 2 – Trabalhos do Estágio Profissionalizante**Tabela 2.1 – Trabalhos Realizados durante o Estágio Profissionalizante**

ESTÁGIO	TEMA	CO-AUTORES
Cirurgia Geral	Hamartroma Quístico Retro-Retal	Maria Vaz, Tiago Ventura e Vasco Leonardo
Medicina Interna	Hiponatremia	Ana Vilarinho, Isabel Macedo e Maria Vaz
Ginecologia e Obstetrícia	Vulvovaginites	Ana Raquel Barata, Joana Gomes e Marta Batista
Medicina Geral e Familiar	Apresentação de Caso Clínico	-
Pediatria	Gastroenterite Aguda	-

2.2. Slides “Hamartoma Quístico Retro-Retal”

NOVA MEDICAL SCHOOL HOSPITAL DA LUZ

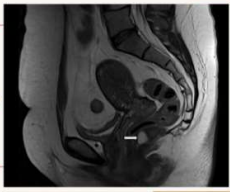
Hamartoma Quístico Retro-Retal

Um Raro Caso Clínico

Cirurgia Geral
Hospital da Luz de Lisboa

Regente Professor Doutor Rui Mido
Tutor: Prof. Dr. Jorge Paulino e Dr. Paulo Roque

Inês Marques Martins, 2018341
Marta Carolina Vaz, 2018378
Tiago Ventura, 2018235
Vasco Leonardo, 2018300



ÍNDICE

IDENTIFICAÇÃO	01	02	HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL
DIAGNÓSTICO e Diagnóstico Diferencial	03	04	HAMARTOMA
TRATAMENTO e Follow-up	05	06	PROGNÓSTICO

01 IDENTIFICAÇÃO

Nome: G.S.
Data de nascimento: 04/05/1982
Idade: 41 anos
Sexo: feminino
Raça: caucasiana
Residência: Lisboa

MOTIVO DA CONSULTA:
Dor perineal

ANTECEDENTES:
Anemia perniciosa e ansiedade
Abdominoplastia e mastoplastia sem complicações

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

01
02
03
04
05
06

1. DOR PERINEAL, sem outros sinais e sintomas acompanhantes

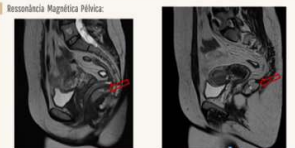
2. Toque retal → suspeita de massa retroretal



HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

01
02
03
04
05
06

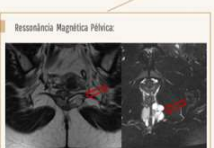
Resonância Magnética Pélvica:



HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

01
02
03
04
05
06

Resonância Magnética Pélvica:



Relatório RM:
"Presença de uma formação quística com centro germinativo na região retroretal, posteriormente ao reto inferior e terço superior do canal anal, com componente que se insere entre fibras da musculatura do ílio, e com dimensões de 4,2 x 3,4 x 2,2 cm (volume estimado em 17,2 cm³) nos eixos laterais. Íntero-posterior e cranio-caudal. A lesão tem contornos labiais múltiplos - septos - que determinam diversos loculi, alguns com conteúdo hiperintenso em T1 devido à provável material hiperproteico/inchazado ou hemático."

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL → Diagnóstico

01
02
03
04
05
06

Impressão Diagnóstica RM:
Formação quística com centro germinativo na região retroretal, posteriormente ao reto inferior e terço superior do canal anal, que pode corresponder a um **CESTO/HAMARTOMA RETRORETAL (PILULOCYSTIS)**

DIAGNÓSTICO HAMARTOMA QUÍSTICO RETRO-RETAL

01
02
03
04
05
06

Lesão quística congénita rara

Anatomia

Espaco Retroretal → Espaço verdadeiro com o crescimento de massa

- Anterior – Parede Posterior do Reto
- Posterior – Sacro
- Superior – Reflexo Peritoneal
- Inferior – Fascia Retroacetabular



DIAGNÓSTICO HAMARTOMA QUÍSTICO RETRO-RETAL

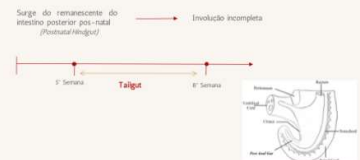
01
02
03
04
05
06

Embriologia

Surge do remanescente do intestino posterior pós-intestinal (Postanal Hedef)

5ª Semana → 6ª Semana

Talga



DIAGNÓSTICO HAMARTOMA QUÍSTICO RETRO-RETAL

01
02
03
04
05
06

Meia idade (30-40 A)

Maioria assintomática !

Síntomas de Compressão:

- Ostipitação
- Tensores rectal
- Dor abdominal
- Distúria

Complicações:

- Infecção com fistulização secundária
- Degeneração maligna

Atraso no diagnóstico clínico comum !

DIAGNÓSTICO HAMARTOMA QUÍSTICO RETRO-RETAL

01
02
03
04
05
06

RM → **Gold-Standard** para avaliação de tumores pré-sacrais

Biópsia pré-operatória e controversa → Considerar se lesão com aspeto misto

Complicações:

- Infecção
- Hematomas

A excisão cirúrgica completa é indicada

- Estabelecer o diagnóstico
- Aliviar sintomas
- Evitar complicações
- Descartar malignidade subjacente

Via de fratre

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

01
02
03
04
05
06

Quisto Epididimário: Heterogeneidade da intensidade de sinal em T1 e T2

Tumores Quísticos Pré-sacrais

Meningocele Anterior: Normalmente uniloculares

Quisto de Duplicação Retal: Maioria assintomática até aos 2 anos. Predominância no sexo masculino

Quisto Dermóide: Presença de conteúdo lipídico na RM

TRATAMENTO- Abordagem Cirúrgica

01
02
03
04
05
06

Abordagem posterior

JACKKNIFE POSITION




Exatidão de tumor retro-retal é essencial, até em doentes assintomáticos.
Possibilidade de malignidade, distúria em mulheres, fístula, infecção local ou formação de abscessos

Segunda abordagem de fratre: Caudotomias CISTOQUÍSTICO RETAL, RELATÓRIO CASO CLÍNICO Junho 2020

TRATAMENTO- Abordagem Cirúrgica

01
02
03
04
05
06



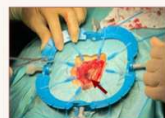
• Início da incisão?

• Parar na linha média?

• Anatomia topográfica?

• Abordagem ao espaço retro-retal

• Remoção do ceco?

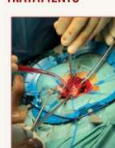


TRATAMENTO

01
02
03
04
05
06

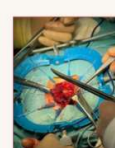


Remoção com pinça goiva



Exatidão do tumor com:

- Mobilização cuidadosa evitando lesão da capsula
- Dissecção anterior monitorizada por toque retal



TRATAMENTO

01
02
03
04
05
06

Verificação da integridade retal

Colocação de dreno

Encerramento de Ligamento anocóccigeo, tecido subcutâneo e pele

TRATAMENTO

01
02
03
04
05
06

FOLLOW-UP

01
02
03
04
05
06

Pos-Operatório:

- Alimentação por via oral iniciada no dia.
- Retirar-se o dreno após 2-3 dias conforme o volume drenado.
- Deve evitar a sedestação prolongada nos primeiros dias.

O internamento durou 2 dias e ocorreu sem qualquer intercorrência.

FOLLOW-UP

01
02
03
04
05
06

1-2 semanas

Avaliar cicatrização

Consultar resultados da histopatologia

Avaliação de Recidiva:

- Deve ser avaliada periodicamente e de seguida anualmente com recurso à ecografia por via transretal ou transvaginal ou a RM.

PROGNÓSTICO

01
02
03
04
05
06

- Taxa de recidiva é de 0-16% e muitas vezes encontra-se associado à excisão incompleta do hamartoma.

Prognóstico favorável:

- Mortalidade após cirurgia é praticamente nula.

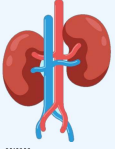
BIBLIOGRAFIA

01
02
03
04
05
06

- Aranda-Narvaez JM et al (2017) Posterior approach (breast procedure) for surgical treatment of preperal tumors, World journal of gastroenterology. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5444470/> (Accessed 24 October 2020).
- Adolfi et al (2020) Anal approach to rectovaginal tumors: Surgical techniques. Journal of Visceral Surgery. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454540/> (Accessed 24 October 2020).
- Bello, L, Singh, L, and Aggarwal, P.N. (2018) Rectovaginal cystic hamartoma (Talgut cyst): Report of a case and review of literature. The Indian journal of surgery. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6045154/> (Accessed 24 October 2020).
- A. Okunouchi et al (2020) Rectovaginal Cystic Hamartoma: A case report. International Journal of Surgery Case Reports. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454540/> (Accessed 24 October 2020).
- Radiological case (2018) Radiological Case: Rectovaginal cystic hamartoma (Talgut cyst) APPLIED RADIOLOGY. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6045154/> (Accessed 24 October 2020).
- Das de Silva, S, Moreira et al (2020) HAMARTOMA CÍSTICO RETRO-RETAL: RELATO DE CASO CLÍNICO. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454540/> (Accessed 24 October 2020).
- de Castro Correia, C et al (2020) Talgut cyst: From differential diagnosis to surgical resection: case report and literature review. Journal of Surgical Case Reports. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454540/> (Accessed 24 October 2020).
- Patel, D et al (2021) Perirectal diverticulitis in a young female patient: A case report. Clinical case reports. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454540/> (Accessed 24 October 2020).
- Mastrorilli, A, Garandini, L, Paragente, R et al (2020) Epidemiology, diagnostic approach and therapeutic management of talgut cysts: a systematic review. Int J Clin Pract. 2021; 75(4):4544. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14544>. (Accessed 24 October 2020).

2.3. Slides “Hiponatrémia”

CASO CLÍNICO HIPONATRÊMIA



UC Medicina Interna
 ULS Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier
Coordenador UC: Prof. Dr. António Mário Santos
Responsável Estágio: Prof. Dr.ª Cândida Fonseca

Elaborado por:
 Ana Vileinho 2018343 | Inês Martins 2018341 | Isabel Macedo 2017432 | Maria Vaz 2018398
Julgamos:
 Dr.ª Ana Lúcia | Dr.ª Alice Sousa | Dr. Manuel Araújo
Avaliados 2023/2024

ÍNDICE

1 CASO CLÍNICO	2 DEFINIÇÃO	3 SINAIS E SINTOMAS
4 MARCHA DIAGNÓSTICA	5 TRATAMENTO	6 COMPLICAÇÕES

01 CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Recorre ao SU do HSFX por **mal estar geral** com alguns dias de evolução. Refere tosse esporadicamente, **cansaço** mais acentuado e incapacidade para realizar esforços.

Nega febre, torcaxgia ou dispneia.

Autônomo nas AVDs

64 A

CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Cirurgia cardíaca recente
- Pericardite adesiva
- Hipertensão arterial essencial
- Diplopia
- Flutter auricular
- Hérnia inguinal esquerda
- Talagismo ativo (25 URSA)

MEDICAÇÃO HABITUAL

- Rivaroxabano 20mg dia
- Amiodarona 200mg/meio comprimido
- Furosemida 40mg por dia
- Espironolactona 25mg dia
- Piridogrel 5mg dia
- Amiodipina 5mg ao almoço
- Aloprinolol 100mg dia
- Rosuvastatina 10mg dia
- Omeprazol 20mg dia
- Dutasterida 1mg/5mg
- Serenoia respins
- Paracetamol ou metamizolém SOS

CASO CLÍNICO

Expreito em ar ambiente, sem sinais de dificuldade respiratória. Auscultação pulmonar com MV mantido bilateralmente.

Vigil, colaborante, apesar de **identificado** **paciente** **Discurso** **Identificado**

Cicatriz esternal com boa evolução. Bem perfundido.

EXAME OBJETIVO

TA 99/60 mmHg FC 102bpm SpO2 99% em ar ambiente.

Aspecto pálido, macilento.

CASO CLÍNICO

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

OSMA em ar ambiente: pH 7.42, pCO2 34 mmHg, pO2 103 mmHg, HCO3 22.1 mmol/L, Lactato 0.7 mg/dL, Glucose 105mg/dL, **Na 106 mmol/L**, K 4.5 mmol/L.

Análise de urina: Hb 10.0 g/dL, Hct 28.1%, Leucócitos 5100/uL, Neutrófilos 77/100, Plaquetas 258 000/uL, Ureia 15 mg/dL, Creatinina 0.45mg/dL, **Ca 10.6 mmol/L**, K 4.77 mmol/L, Cloro 75 mmol/L, Ca 8.9 mg/dL, P 3.7 mg/dL, Mg 1.6 mg/dL, TSH 119.9 uL/mL, T4 Livre 15.5 pmol/L, NT-proBNP 1321 pg/mL, PCK 2.32 mg/dL, Procalcitonina 0.04 ng/mL.

Osmolalidade sérica 274 mosmol/L

Avaliação Urinária: **Na (u) 62 mmol/L**, **Osmolalidade (u) 337 mosmol/L**

Radiografia torácica com derrame direito.

CASO CLÍNICO

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

OSMA em ar ambiente: pH 7.42, pCO2 34 mmHg, pO2 103 mmHg, HCO3 22.1 mmol/L, Lactato 0.7 mg/dL, Glucose 105mg/dL, **Na 106 mmol/L**, K 4.5 mmol/L.

Análise de urina: Hb 10.0 g/dL, Hct 28.1%, Leucócitos 5100/uL, Neutrófilos 77/100, Plaquetas 258 000/uL, Ureia 15 mg/dL, Creatinina 0.45mg/dL, **Ca 10.6 mmol/L**, K 4.77 mmol/L, Cloro 75 mmol/L, Ca 8.9 mg/dL, P 3.7 mg/dL, Mg 1.6 mg/dL, TSH 119.9 uL/mL, T4 Livre 15.5 pmol/L, NT-proBNP 1321 pg/mL, PCK 2.32 mg/dL, Procalcitonina 0.04 ng/mL.

Osmolalidade sérica 274 mosmol/L

Avaliação Urinária: **Na (u) 62 mmol/L**, **Osmolalidade (u) 337 mosmol/L**

Radiografia torácica com derrame direito.

02 DEFINIÇÃO

DEFINIÇÃO

A **hiponatrémia** é a redução da concentração plasmática de sódio para <135 mmol/L por excesso de água em relação ao soluto.

A concentração normal de sódio é entre **135-145 mmol/L**

Hiponatrémia Leve (130-135 mmol/L)	Hiponatrémia Moderada (120-129 mmol/L)	Hiponatrémia Grave (<120 mmol/L)
------------------------------------	--	----------------------------------

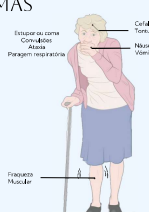
03 SINAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS

Dependentes do início, duração e gravidade da hiponatrémia

Ocorrem principalmente com reduções agudas e acentuadas na concentração sérica de sódio e refletem disfunção neurológica induzida por edema cerebral, sendo estes sintomas primariamente neurológicos

Na 106 mmol/L



SINAIS E SINTOMAS

Hiponatrémia Gravemente Sintomática (Desenvolvimento agudo <48h)

- Confusão, estupor, coma
- Convulsões
- Alaxia
- Paragem Respiratória
- Cefaleia, cefaleias
- Náuseas e Vômitos

Hiponatrémia Levemente a Moderadamente Sintomática (Desenvolvimento >48h)

- Falhas de memória
- Distúrbios da marcha
- Fraqueza muscular
- Mal-estar
- Cefaleias
- Fadiga

Assintomático

SINAIS E SINTOMAS

Dependendo da etiologia subjacente, os doentes podem apresentar sinais de:

Hipovolemia	Euvolemia	Hipervolemia
- Membranas mucosas secas - Hipotensão ortostática - Oligúria - Taquicardia ortostática		- Ascite - Estase pulmonar - Turgescência venosa jugular - Edema periférico

04 MARCHA DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO

Verdadeira HipoNa⁺ ?

- Osmolalidade Sérica $< 285 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ → Pseudohiponatremia
- Osmolalidade Sérica $> 295 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ → HipoNa⁺ Translocacional
- Osmolalidade Sérica $> 285 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ → Verdadeira Hiponatremia / Hiponatremia Hipotônica

DIAGNÓSTICO

Verdadeira HipoNa⁺ ?

- Osmolalidade Sérica $285-295 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ → Pseudohiponatremia
- Hipertiglicidemia
- Hiperproteinemia
- Pós-proctectomia ou histeroscopia

Perfil lipídico
(Baterias de proteínas séricas e de proteínas urínas)

DIAGNÓSTICO

Verdadeira HipoNa⁺ ?

- Osmolalidade Sérica $< 285 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ → HipoNa⁺ Translocacional
- Osmolalidade Sérica $= (2 \times \text{Na}^+) + (\text{glicose}/18) + (\text{ureia}/6)$
- Hiperglicemia
- Manitol IV
- Agentes de contraste

Medição glicose sérica
Correção níveis de Na⁺ sérico para a concentração de glicose

DIAGNÓSTICO

Verdadeira HipoNa⁺ ?

- Osmolalidade Sérica $< 280 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ → Verdadeira Hiponatremia / Hiponatremia Hipotônica
- Osmolalidade sérica $214 \text{ mOsm/Kg H}_2\text{O}$

DIAGNÓSTICO

HIPONATREMIA HIPOTÔNICA

Hipovolemia

- Na⁺ Urinário $\geq 20 \text{ mmol/L}$ → Perdas Renais
 - Diuréticos
 - Insuficiência adrenal
 - Necrose tubular aguda (fase de recuperação)
 - Nefropatia perdedora de sal
- Na⁺ Urinário $< 20 \text{ mmol/L}$ → Perdas Extra-Renais
 - Pós quadro de vômitos
 - Diarreia
 - Perdas dérmicas
 - Perdas para 3^o espaço

DIAGNÓSTICO

HIPONATREMIA HIPOTÔNICA

Hipervolemia

- Na⁺ Urinário $\geq 20 \text{ mmol/L}$ → Volume circulante efetivo
 - Doença renal crônica terminal
 - Lesão renal aguda/diagnóstica
- Na⁺ Urinário $< 20 \text{ mmol/L}$ → Volume circulante efetivo
 - Insuficiência cardíaca
 - Cirrose avançada
 - Síndrome Nefrótica

DIAGNÓSTICO

HIPONATREMIA HIPOTÔNICA

Euvolemia

- Interpretação da osmolalidade urinária (U_{osm}):
 - U_{osm} $\leq 100 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ NaU $< 20 \text{ mmol/L}$ → Ingestão de água livre → Polidipsia primária
 - U_{osm} $> 100 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ NaU $> 20 \text{ mmol/L}$ → Ingestão calórica → Potomania de cerveja

DIAGNÓSTICO

HIPONATREMIA HIPOTÔNICA

Euvolemia

- Interpretação da osmolalidade urinária (U_{osm}):
 - U_{osm} $\leq 100 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ NaU $< 20 \text{ mmol/L}$ → Ingestão de água livre → Polidipsia primária
 - U_{osm} $> 100 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$ NaU $> 20 \text{ mmol/L}$ → Ingestão calórica → Potomania de cerveja
- Osmolalidade sérica $214 \text{ mOsm/Kg H}_2\text{O}$
- Osmolalidade urinária $337 \text{ mOsm/Kg H}_2\text{O}$
- Sódio Urinário 62 mmol/L
- TSH 17 mU/L , T4 livre 11.5 pmol/L → Hipotireoidismo
- Função Tireoide (TSH e T4L) → Hipotireoidismo
- Cortisol sérico e ACTH → Insuficiência Suprarrenal Secundária
- SIADH

DIAGNÓSTICO

SIADH

Síndrome de secreção inapropriada de ADH = Causada pelo 1^o de secreção de ADH pela hipófise, produção ectópica de ADH ou 1^o de atividade dos receptores V2 da ADH

- Patologia do SNC
- Patologia Pulmonar (Pneumonia)
- Neoplasias (Carcinoma de Pequenos calhaus do Pulmão)
- Fármacos (SSRIs, carbamazepina)
- Hereditária (SIADH) (nefrótico)
- Mitopática

Descontinuar diuréticos Tiazídicos

Outros achados compatíveis:

- BUN $< 10 \text{ mg/dL}$
- Acido úrico sérico $< 4 \text{ mg/dL}$

Estudo etiológico

05

TRATAMENTO

TRATAMENTO



A abordagem para o tratamento de hiponatremia depende:

- Duração da Hiponatremia
- Severidade da Hiponatremia
- Presença e severidade dos sintomas



- Quanto mais aguda for a hiponatremia, maior o risco de complicações e maior a necessidade de terapia agressiva!
- Quanto mais crônica for a hiponatremia, e menor a concentração sérica de sódio, maior o risco de complicações devido à terapia agressiva!

TRATAMENTO

HIPONATREMIA AGUDA E/OU PRESENÇA DE SINTOMAS SEVEROS:

O principal objetivo é o aumento **RAPIDO** da concentração de sódio sérico com soro hipertônico (ex: NaCl 3%) para reversão dos sintomas neurológicos e para prevenção de edema cerebral.

Infusão de 150mL de NaCl a 3%, repetida a cada 20 minutos, até que ocorra uma subida na concentração de sódio sérico de 5 mmol/L, ou até que haja melhoria dos sintomas

! Na⁺ sérico 1-2 mmol/L/h até que um aumento de 4-6 mmol/L seja atingido em 6 horas

TRATAMENTO

HIPONATREMIA CRÔNICA COM AUSÊNCIA DE SINTOMAS SEVEROS:

O principal objetivo é a correção **LENTA** dos níveis de sódio sérico.

Necessidade de monitorização constante dos níveis de sódio sérico, 1h, 6h e 12h após o início da correção, prevenindo assim o desenvolvimento da síndrome de desmagnetização osmótica (SDMO)

	Pacientes at normal risk for SDMO	Pacientes with high risk factors for SDMO
Minimum correction rate (mEq/L)	• 0-6 mEq/L within 24 hours	• 0-4 mEq/L within 24 hours
Maximum correction rate (mEq/L)	• 10-12 mEq/L within 48 hours	• 8 mEq/L within 24 hours

Adapted: Nephrologist

TRATAMENTO

HIPONATREMIA CRÔNICA COM AUSÊNCIA DE SINTOMAS SEVEROS:

FATORES DE RISCO PARA A SDMO:

- História de abuso de álcool
- Desnutrição
- Hipocalemia
- Doença hepática
- Neoplasias
- Diuréticos tiazídicos ou anidépriosos
- Gravidade da hiponatremia (≤ 105)
- Cronicidade da hiponatremia

Se os sintomas melhorarem após o aumento de 5mmol/L na concentração sérica de sódio, deve pará-la e infusão de NaCl hipertônico e iniciar a investigação diagnóstica e o tratamento dirigido à causa da hiponatremia.

TRATAMENTO

TRATAR A CAUSA SUBJACENTE:

Recomendado:

- Na hiponatremia crônica sem sintomas severos;
- Na hiponatremia aguda e/ou presença de sintomas severos após estabilização e resolução dos sintomas.

- PARAR** todos os fármacos que podem causar hiponatremia;
- Se causa desconhecida, considerar a **infusão de soro isotônico** e monitorizar o sódio sérico para distinguir hiponatremia hipotônica hipovolemica de euvolemica.
 - Se Na⁺ 1: **hipovolemia provável**
 - Se Na⁺ 1: **euvolemia provável (SIADH)**

TRATAMENTO

TRATAR A CAUSA SUBJACENTE:

HIPONATRÉMIA HIPOVOLÉMICA

- Soro isotónico NaCl (0.9%)

HIPONATRÊMIA HIPERVOLÊMICA

- Restrição de fluidos <800mL/dia
- Diuréticos de ansa (furosema)
- Antagonistas dos receptores de vasopressina (vaptanos)

HIPONATRÉMIA EUVOLÉMICA

- Restrição de fluidos <800mL/dia
- Identificar e tratar a causa subjacente:
 - Hipotireoidismo
 - Insuficiência suprarrenal
 - SIADH: comprimidos de sal

TRATAMENTO

CASO CLÍNICO

Avaliação Inicial: Na⁺ 106mmol/L

- Presença de sintomas neurológicos:
Lentificação psicomotora

HIPONATRÊMIA EUVOLÊMICA EM

3 fórmulas de cloreto de sódio hipertônico em 500ml de cloreto de sódio 0.9% → descida de Na^+ 105mmol/L → **bolus de soro hipertônico** e ficou com correção de natremia com 3 fórmulas de cloreto de sódio hipertônico em 1000ml de cloreto de sódio 0.9% para 2.4h.

Subida de Na^+ 105 para 115 → correção apenas
8mmol/L nas 24h

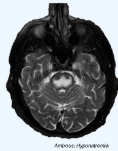
Restrição de fluidos

06

COMPLICAÇÕES

COMPLICAÇÕES

- **Edema cerebral**
- Fraturas ósseas
- Dano neurológico permanente
- **Complicações associadas ao tratamento**
 - Hemorragia intracraniana
 - Síndrome de desmielinização osmótica (SDMO)



COMPLICAÇÕES

SÍNDROME DE DESMEINIZAÇÃO OSMÓTICA

Lesão da bainha de mielina da substância branca do SNC causada por um aumento súbito na osmolaridade sérica, sendo a causa principal **IATROGÊNICA** (correção rápida da hiponatrêmia).

SINAIS E SINTOMAS:

- Alteração do estado de consciência
- Síndrome de Locked-in (quadriplegia, parêisia pseudobulbar)
- Disartria, disfagia, diplopia

O tratamento é de suporte com monitorização apertada e correção de distúrbios hidro-eletrolíticos

TAKE HOME MESSAGES

- A **Nipaverina** é um fármaco utilizado basicamente **gravemente em doentes intubados** – importância máxima de elevada supervisão clínica perante um doente que desenvolva sintomatologia específica (taquicardia, mal-estar geral, fadiga, cefaleia, náuseas, vômitos...).
- Os sintomas são mais pronunciados num doente com **intubação aguda** (c. 48h), enquanto que, num doente com **intubação crónica** (c. 48h), o doente pode apresentar-se assintomático – importância de uma investigação clínica minuciosa.
- É fundamental avaliar o valor de **Oximetria de Sítio**, de modo a diferenciar uma verdadeira hipoxemia de uma pseudohipoxemia decorrente de problemas técnicos.
- O **tratamento** depende de vários fatores (**durabilidade dos sintomas**, níveis séricos de Na⁺ e de sódio **dirigido à causa subjacente**).
- Quanto menores os níveis séricos de Na⁺ (particularmente < 120 mg/dL) e maior o tempo de Na⁺ e de sódio < 48h, maior o **risco de síndrome com complicações graves (SDMO)** – importância de fazer uma monitorização constante dos níveis séricos de sódio.

BIBLIOGRAFIA

- [illegible]

CASO CLÍNICO

HIPONATRÊMIA



UC Medicina Interna
ULS Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier
Coordenador UC: Prof. Dr. António Mário Santos
Responsável Estágio: Profª Drª, Cándida Fonseca

Editorial:
Ana Vilhinho 2018343 | Inês Martins 2018341 | Isabel Macedo 2017432 | Maria Vaz 2018398
Trabalho:
Dr^a Ana Lynce | Dr^a Alice Sousa | Dr. Manuel Araújo
Ano letivo 2023/2024

TERAPÊUTICA

Grávidas

As opções de tratamento de primeira linha utilizadas em mulheres não grávidas podem ser utilizadas durante a gravidez.

Amamentação

Em mulheres a amamentar, o metronidazol pode ser preferível à clindamicina.

Parceiros sexuais

O tratamento de parceiros sexuais não é atualmente recomendado.

VAGINOSE BACTERIANA RECORRENTE

Diagnóstico confirmado de V.B. que ocorre três ou mais vezes no espaço de um ano.

VB recorrente	Metronidazol, gel a 0,75%	2 vezes/semana durante 4 a 6 meses.
	Regime em três fases: nitroimidazol oral, ácido bórico vaginal e metronidazol vaginal	Nitroimidazol por via oral, uma vez por dia, durante 7 dias Ácido bórico vaginal, uma vez por dia, durante 3 semanas Gel vaginal de metronidazol, duas vezes por semana, durante 16 semanas
	Metronidazol 2 g + fluconazol 150 mg	Uma vez por mês

CANDIDÍASE

CANDIDÍASE

- Vulvovaginite comum causada por *Candida spp.*, que afeta o trato genital inferior.
- Majoria causada por um sobre crescimento de *Candida Albicans* (as restantes são causadas por *C. glabrata*, *C. guilliermondii* e *C. tropicalis*).

So episódios repetidos

- Reservatório intestinal
- Reinfeção a partir de um parceiro sexual
- Incapacidade de eliminar totalmente o organismo após a infeção

Mais comum nos **ANOS REPRODUTIVOS** → Estados de hiperestrogenismo

CANDIDÍASE

Fatores de risco

Não Patológicos	Comportamental	Doenças e comorbilidades
- Gravidez - Contracetivos com estrogénio - Terapêuticas hormonais da menopausa	- Relações sexuais frequentes - Múltiplos parceiros sexuais	- Uso de antibióticos - Imunidade celular inata reduzida - Estados de imunossupressão - Diabetes mal controlada

CANDIDÍASE

Classificação

Tipo de infeção	Implicações clínicas
Não complicada	Todos os tratamentos têm eficácia semelhante. A escolha pode ser individualizada.
Complicada	- Factores graves ou predisponentes - Recomendação clínica - Candidase vulvovaginal por <i>Candida</i> não <i>Albicans</i>

Candidase recorrente: se ≥ 3 episódios por ano

- Frequentemente associada a fatores de risco (diabetes, imunossupressão, corticoides ou antibióterapia).
- Pensar em outros diagnósticos: dermatite ou eczema vulvar

CANDIDÍASE

Clínica

- Corrimento vaginal anormal **branco e espesso**: "Áspeto de Requeijo"
- Prurido
- Irritação e ardor
- Disúria externa
- Dispareunia
- Eritema nos grandes lábios, pequenos lábios e/ou vestibulo

Podem também ser **assintomáticas**



Figura 4: Candidase vaginal aguda

DIAGNÓSTICO

Essencialmente **clínico**, mas recomenda-se a realização de testes laboratoriais para todas as mulheres com sintomas vulvovaginais

Testes de diagnóstico

- pH vaginal: normal < 4,5
- Teste de Whiff: corrimento inodoro
- Exame microscópico a fresco:
 - Leveduras/ Blastosporos e Pseudohifas
- Exame cultural
 - Gold standard do diagnóstico
 - Sensibilidade de 44-98%, especificidade de 100%
- Testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos
 - Sensibilidade e especificidade > 90% para *C. Albicans* (podem não identificar *Candida* não *Albicans*)



Figura 5: Crescimento *Candida*

DIAGNÓSTICO

Recomendações

- O **exame cultural** continua a ser o **gold standard** para confirmar o diagnóstico de candidase vulvovaginal.
- Podem usar-se testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos validados para o diagnóstico de candidase vulvovaginal em mulheres sintomáticas.

TERAPÊUTICA

Não é recomendado o tratamento de mulheres assintomáticas e parceiros sexuais assintomáticos.

Mulheres sintomáticas e parceiros sexuais sintomáticos

Candidase vulvovaginal não complicada

Tratamento local (interna vaginal)	Tratamento sistémico
100 mg comprimido vaginal, uma vez por dia (3 dias) 150 mg comprimido vaginal, uma vez por dia (7 dias) 500 mg comprimido vaginal, uma vez por dia (7 dias) 100 mg comprimido vaginal, uma vez por dia (7 dias) 100 mg comprimido vaginal, uma vez por dia (7 dias)	150 mg comprimido oral, uma vez por dia (7 dias) 150 mg comprimido oral, uma vez por dia (7 dias) 150 mg comprimido oral, uma vez por dia (7 dias) 150 mg comprimido oral, uma vez por dia (7 dias)

Recomendações

- Os antifúngicos azóis, incluindo **clotrimazol**, **miconazol** ou **econazol** locais ou **fluconazol** oral em dose única, são o tratamento de eleição em casos não complicados de candidase vulvovaginal.

TERAPÊUTICA

Candidase vulvovaginal por *Candida* não *Albicans*

Recomendações

- Numa mulher sintomática em que seja identificada a presença de *Candida* não *Albicans*, recomenda-se que o tratamento só seja feito se não forem identificadas outras causas.
- Em caso de *Candida glabrata*, a maioria das opções consistirá em **medicamentos manipulados**.
- Em caso de *Candida krusei*, *C. tropicalis* e *Saccharomyces cerevisiae*, os tratamentos de eleição em mulheres sintomáticas são **clotrimazol tópico 100 mg por dia, durante duas semanas**, **nistatina** ou **ácido bórico vaginal**.
- O **ácido bórico vaginal** poderá ser a melhor opção para tratar infeções por fungos resistentes aos azóis, apesar das questões de segurança.

TERAPÊUTICA

Candidase vulvovaginal na Grávida

Recomendações

- O **fluconazol oral** não é recomendado na gravidez inicial.
- O **ácido bórico** não deve ser usado durante a gravidez.
- Recomenda-se o tratamento vaginal com regimes mais prolongados de **azóis tópicos (7-14 dias)**, de preferência **clotrimazol**, durante a gravidez.
- As mulheres com **candidase vulvovaginal sintomática que estão a amamentar** podem ser tratadas da forma semelhante a outras mulheres saudáveis, incluindo com **fluconazol**.

TERAPÊUTICA

Candidase vulvovaginal recorrente devido a *C. Albicans*

Recomendações

- É **essencial obter-se um exame cultural positivo** antes de se iniciar o tratamento de supressão de candidase vulvovaginal recorrente.
- O regime geralmente recomendado consiste em **fluconazol oral 150 mg a cada três dias** até perfazer **três doses**, seguido de **150 mg semanalmente** durante **seis meses**.
- Caso não se possa usar fluconazol, pode optar-se por **5 g de creme de clotrimazol a 1%** todas as noites, durante **14 dias**, seguido de **5 gramas por via vaginal, duas vezes por semana, durante seis meses**.

TERAPÊUTICA

Candidase vulvovaginal recorrente devido a *C. Albicans*

Recomendações

- A remoção de **contracetivos intrauterinos** deve ser considerada.
- As mulheres que têm **menos de três episódios anuais** de candidase vulvovaginal, mas que **preenchem outros critérios de candidase complicada** devem ser tratadas da forma semelhante às mulheres com candidase vulvovaginal recorrente.
- As mulheres **imunodeprimidas** com candidase vulvovaginal devem fazer regimes mais prolongados e ser acompanhadas de forma a confirmar que o tratamento foi eficaz.

TRICOMONÍASE

ÍNDICE	VAGINOSE BACTERIANA	CANDIDÍASE	TRICOMONÍASE	OUTRAS VAGINITES
TRICOMONÍASE A infecção sexualmente transmissível (IST) não viral e curável, mais frequente em todo o mundo. Parasita patogênico <i>Trichomonas vaginalis</i> ↓ Epitélio escamoso ↓ Trato genital inferior feminino (vagina, uretra e endocoto), uretra masculina e próstata Transmissão >>> sexual Prevalência:  >  Afro-americanos ≥ 25 anos				

[illegible]

ÍNDICE

VAGINOSE BACTERIANA

CANDIDÍASE

TRICOMONÍASE

OUTRAS VAGINITES

TRICOMONÍASE

Clinica

Sintomas e sinais clássicos (1/4):

- Corrimento vaginal amarelo-esverdeado, espumoso, anejado e com odor desagradável
- Eritema e prurido vulvar
- Disúria
- Dispareunia
- **Coito em "rambolas"**

• Podem desenvolver sintomas cíclicos que agravam durante a menstruação



Figura 8. Coito em "rambolas"

Malária: assintomáticas ou escassos sintomas

INÍCIO	INAGIÇÃO BACTERIANA	CANDIDÍASE	TRICOMOMÍASE	OUTRAS VAGINITES
DIAGNÓSTICO				
Testes de diagnóstico				
- pH vaginal: elevado >4,5 - Teste de pH: habitualmente positivo	- Exame microscópico: 3 frotas - Vaginose (protocitos flagelados, leucócitos, células epiteliais maturadas) - Sensibilidade de 44-68% especificidade de 100%		- Exame cultural - Antes das alterações do diagnóstico - Sensibilidade de 44-96%, especificidade de 100%	- Testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos - Sensibilidade e especificidade próximas de 100% Novo método de diagnóstico
			Recomendações A presença de um pH vaginal normal não permite excluir a hipótese de infecção. Deve fazer-se um exame microscópico a fresco das secreções vaginais em caso de suspeita de tricomomíose, com um resultado negativo não permite excluir o diagnóstico. Os testes moleculares são, atualmente, o frete das melhores para o diagnóstico de tricomomíose.	

INDICE
VAGINOSE BACTERIANA
CANDIDÍASE
TRICOMONÍASE
OUTRAS VAGINOSES

TERAPÊUTICA

Ativo dos sintomas. Cura microscópica. Redução da transmissão.

Nitroimidazóis: metronidazol, tinidazol e secnidazol

Administração preferencial: via [oral](#)

Indicações:

- o [Tratar relações sexuais](#) até que o doente e o parceiro estejam curados
- o [Tratar sexo](#) se terapêutica com metronidazol/tinidazol

Indicações:

- o **Mulheres sintomáticas** (incluindo **grávidas**)
- o **Parto sexual**
- o Grávidas assintomáticas (considerar se > 37 semanas)

Grávidas

- o **Metronidazol** seguro
- o **Tinidazol** risco moderado -> evitar
- o Secnidazol: poucos dados disponíveis

Lactantes

- o Considerar suspender amamentação durante o tratamento e durante 12-24h ou 3 dias após a última dose, se tratada com metronidazol ou tinidazol, respectivamente.

ÍNDICE	WGNIGONE BACTERIANA	CANDIDÍASE	TRICOMONÍASE	OUTRAS VAGINITES
TERAPÊUTICA Recomendações  A dose única de 2 g de metronidazol oral já não é recomendada para o tratamento da tricomoníase nas mulheres.  A terapêutica ainda é recomendada para a tricomoníase nas mulheres com o uso único de metronidazol oral 400-500 mg, duas vezes por dia, durante 7 dias.  A terapêutica ainda é recomendada para a tricomoníase nos homens com o uso de uma dose única de 3 g de metronidazol oral. Em alternativa, pode considerar-se a administração de uma dose única de 2 g de tinidazol ou secnidazol oral.				

ÍNDICE	VAGINOSE BACTERIANA	CANDIDÍASE	TRICHOMONÍASE	OUTRAS VAGINITES
 TERAPÊUTICA Em caso de sintomas persistentes ou recorrentes: • Confirmar o diagnóstico laboratorial • Considerar a possibilidade de uma reinfeção por um novo parceiro(a) • Considerar a infecção por mais de um agente • Considerar resistência farmacológica	 Se uma mulher ainda estiver infetada após 6 meses de múltiplas de tratamento e tiver sido exposta novamente a uma parceira sexual sem tratamento, deve administrar o mesmo regime Terapêutica de 7 dias Na ausência de resposta 2 g de metronidazol oral ou tinidazol diariamente durante 7 dias. A Se infecção persistir não deve a re-aposição sexual, recomenda-se a realização de exame cultural e de um teste de resistência farmacológica.	 Se um homem ainda estiver infetado após o tratamento com a dose única de 2 g de metronidazol oral e tiver sido exposto novamente a uma parceira sexual sem tratamento, deve administrar a dose única de 2 g de metronidazol oral. B Na ausência de resposta, regime de metronidazol oral 500 mg, duas vezes por dia, durante 7 dias. B		

ÍNDICE VAGINOSE BACTERIANA CANDIDÍASE **TRICOMONÍASE** OUTRAS VAGINITES

SEGUIMENTO



Recomendações

Recomenda-se um **novo teste de T. vaginalis**, de preferência com recurso a um **TAMU**, em todas as mulheres **sexualmente ativas**, no período de **3 semanas a 3 meses após a conclusão do tratamento**, independentemente do(a) seu(a) parceiro(a) ter/jer ou não recebido tratamento.

Se não for possível repetir o teste após 3 meses, as mulheres devem ser **novamente testadas** quando voltarem a dirigir-se aos cuidados de saúde, **3 a 12 meses após o tratamento**.

ÍNDICE

VAGINOSE BACTERIANA

CÂNDIDÍASE

TRICOMONÍASE

OUTRAS VAGINITES

RASTREIO

Não existem programas estabelecidos de rastreio desta infeção.

New

Recomendações

Recomenda-se o rastreio de T. vaginalis **segundo do diagnóstico de VIH** em mulheres e deve ser repetido **anualmente**.

Mulheres diagnosticadas com tricomónias devem realizar **rastreio para outras ISTs**.

OUTRAS VAGINITES

ÍNDICE **VAGINOSE BACTERIANA** **CANDIDÍASE** **TRICOMONÍASE** **OUTRAS VAGINITES**

New! **VAGINOSE CITOLÍTICA, LACTOBACILOSE E LEPTOTHRIX**

Vaginose Citolítica

- Nº excessivo de lactobacilos
- Citolise

Lactobacilose

- Nº excessivo de lactobacilos
- ❌ Citolise

Leptothrix

- Presença de bactérias alongadas e periginosas
- ❌ Citolise

Problemas

- Leptothrix bacteriana não se trata
- Não se resolve
- Mesmo se tratar a condição se resolve mais rápido

ÍNDICE	VAGINOSE BACTERIANA	CANDIDÍASE	TRICOMONASE	OUTRAS VAGINOSES
New Clinica • Prurido intenso • Eritema, edema e erosões vulvares • Eritema perineal • Exúrio • Dor e coceira Critérios de diagnóstico Tudo isso é de ordem bacteriana • Lactobacilos presentes abundantes • Eritema perineal • Exúrio • Cúrio • Cúrio • Cúrio Prurido intenso	Diagnóstico • Exame microscópico a fresco (x4) • Coloração Gram (x10) • Coloração Papanicolaou (x10) • Teste de Whiff negativo • Teste de Whiff negativo Tratamento • 1^o linha • 2^a linha • 3^a linha • 4^a linha • 5^a linha • 6^a linha • 7^a linha • 8^a linha • 9^a linha • 10^a linha • 11^a linha • 12^a linha • 13^a linha • 14^a linha • 15^a linha • 16^a linha • 17^a linha • 18^a linha • 19^a linha • 20^a linha • 21^a linha • 22^a linha • 23^a linha • 24^a linha • 25^a linha • 26^a linha • 27^a linha • 28^a linha • 29^a linha • 30^a linha • 31^a linha • 32^a linha • 33^a linha • 34^a linha • 35^a linha • 36^a linha • 37^a linha • 38^a linha • 39^a linha • 40^a linha • 41^a linha • 42^a linha • 43^a linha • 44^a linha • 45^a linha • 46^a linha • 47^a linha • 48^a linha • 49^a linha • 50^a linha • 51^a linha • 52^a linha • 53^a linha • 54^a linha • 55^a linha • 56^a linha • 57^a linha • 58^a linha • 59^a linha • 60^a linha • 61^a linha • 62^a linha • 63^a linha • 64^a linha • 65^a linha • 66^a linha • 67^a linha • 68^a linha • 69^a linha • 70^a linha • 71^a linha • 72^a linha • 73^a linha • 74^a linha • 75^a linha • 76^a linha • 77^a linha • 78^a linha • 79^a linha • 80^a linha • 81^a linha • 82^a linha • 83^a linha • 84^a linha • 85^a linha • 86^a linha • 87^a linha • 88^a linha • 89^a linha • 90^a linha • 91^a linha • 92^a linha • 93^a linha • 94^a linha • 95^a linha • 96^a linha • 97^a linha • 98^a linha • 99^a linha • 100^a linha	Tratamento • 1^o linha • 2^a linha • 3^a linha • 4^a linha • 5^a linha • 6^a linha • 7^a linha • 8^a linha • 9^a linha • 10^a linha • 11^a linha • 12^a linha • 13^a linha • 14^a linha • 15^a linha • 16^a linha • 17^a linha • 18^a linha • 19^a linha • 20^a linha • 21^a linha • 22^a linha • 23^a linha • 24^a linha • 25^a linha • 26^a linha • 27^a linha • 28^a linha • 29^a linha • 30^a linha • 31^a linha • 32^a linha • 33^a linha • 34^a linha • 35^a linha • 36^a linha • 37^a linha • 38^a linha • 39^a linha • 40^a linha • 41^a linha • 42^a linha • 43^a linha • 44^a linha • 45^a linha • 46^a linha • 47^a linha • 48^a linha • 49^a linha • 50^a linha • 51^a linha • 52^a linha • 53^a linha • 54^a linha • 55^a linha • 56^a linha • 57^a linha • 58^a linha • 59^a linha • 60^a linha • 61^a linha • 62^a linha • 63^a linha • 64^a linha • 65^a linha • 66^a linha • 67^a linha • 68^a linha • 69^a linha • 70^a linha • 71^a linha • 72^a linha • 73^a linha</		

INDICE
ARGININA BACTERIANA
CANDIDÍASE
TRICOMONASE
OUTRAS VAGINITES

Novo

Clinica

- Asintomática
- Prurido intenso e epouso e branco, tipo iogurte
- Prurido
- Arde
- Prurido
- Sintomas cíclicos, entre 7-10 dias antes da menstruação

LEPTOTHRIX

Diagnóstico

Exame microscópico a fresco:

Leptotrix elongata 10-70 µm

espiguetas, não móveis, não apicifugas (20-30%)

Citologia Gm: bacilo gram positivo

Citobacilo Repagnotis

1º grau: leucócitos normais (3-4-7)

2º: Címbrios, Vaginitis Adenoplasmática

Tratamento

U'Line:

Amoxicilina + ácido clavulânico 500/250 mg 2x

Alternativas:

- Doxiciclina 100 mg 2x
- Zinbato 100 mg 2x
- Clindamicina 300 mg 4x

Em caso de falha, usar a 1ª linha terapêutica com amoxicilina

Infusões 200 mg 2x

500 mg 2x + metronidazol 2000 mg 1x no jejum

Infusões 250 mg 2x

250 mg 2x + metronidazol 2000 mg 1x no jejum

Tratamento de suporte: 30-40 mg 2x

em caso de candidíase, 1000 mg 2x

***semelhante**

Figura 3 Leptotrix




A leptotrix só deve ser considerada uma possível causa de sintomas na ausência de qualquer outra explicação.

[illegible]

INÍCIO
VAGINOSE
BACTERIANA
CANDIDÍASE
TRICOMONÍASE
OUTRAS
VAGINITES

VA / VDI

Figura 10.10.2 - 2018

Clínica

- Asintomática
- Reação inflamatória da mucosa vaginal
- Sensibilidade e dor/pirúnia
- Exantema e pedregulhos submucosas vaginal e cervical
- Ardor
- Corrimento purulento, abundante

Diagnóstico

- Clínica
- Exame Vaginoscopia
- Exame microscópico a fresco
- pH vaginal: aumentado (>4,5)
- Teste de Whiff: negativo

Diferenciação

Critérios de diagnóstico

1. ≥10⁶ microrganismos bacterianos
2. Presença de coque bacilos
3. Quantidade significativa de células epiteliais paritais
4. pH elevado
5. Presença de amínia negativa

O diagnóstico de VAI é feito com o exame microscópico a fresco.

Pontuação de VA pode ser usada para a classificação da mesma.

Não se recomendam culturas.
D



BIBLIOGRAFIA

- Vieira-Baptista P, Stockdale CK, Sobel J (eds). *Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Vaginítes*. International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. Lisboa: Admedic, 2023
- Aguiar F, Pereira da Silva D. *Revisão das Consensos em Infecções Vulvovaginais*. Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Evora: 2012.





2.5. Slides “Apresentação de Caso Clínico”

NOVA MEDICAL SCHOOL | ars|ivt | ARS | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | S. JULIÃO

Caso Clínico

Medicina Geral e Familiar

Tutora: Dra. Helena Febrá
USF São Julião
Inês de Faria Marques Martins
A2018341
Turma 4

Índice

- 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO DOENTE
- 2 CONSULTA
- 3 BIBLIOGRAFIA

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO DOENTE

Contextualização do doente

Problemas de Saúde prévios

Desde 1980	Diabetes Insulino-dependente (T89)
2016	Ruptura tendão de Aquiles
Desde 2019	Dilataçãomia (T93)

Contextualização do doente

Antecedentes Familiares

- Avô Paterno: EAM aos 53 anos. Faleceu aos 82 anos – Complicações: **Câncer da Próstata**
- Mãe: Osteoporose (desde os seus 75 anos)
- Irmão: **Rinite Alérgica** (desde a infância) (sic)

Contextualização do doente

Doença de Infância	Crescimento e desenvolvimento psicomotor normais. Referir ter sido varicela.
Alérgias e Intolerâncias	Desconhece intolerâncias alimentares e alérgias a fármacos.
História	História tabágica passadas, 20 LPA, cessadas há 15 anos. Negar hábitos alcoólicos e tóxicos.
Imunizações	PMV atualizado, apresentando esquema vacinal completo para COVID-19 e reforço da vacina da gripe anual.
Medicação Crónica	Insulina Detemir 30 U (manhã) + 20 U (noite) Insulina Asparto (pela manhã) Pravastatina 2mg

Contextualização do doente

Caracterização e Genograma da Família

Figura 1: Genograma característico

Figura 2: Genograma característico

- APMIA familiar (VVO) (ambos atualmente funcionais)
- Ciclo de Vida familiar de Duell (estado 5)

2 CONSULTA

Consulta

Subjetivo

Referir que tem estado bem mas preocupado com **aumento do peso**, justificando o mesmo pela diminuição de apetite: “o trabalho está cada vez mais exigente e tenho cada vez menos tempo para fazer exercício” (sic)

Atualmente já não usa sensor, “cala sempre que jogava futebol e optei por fazer as medições da glicemia capilar” (sic)

Usante **preocupado** com a possibilidade de ter **câncer na próstata**, “o meu avô teve um cancro muito agressivo na próstata e com a idade tenho cada vez mais medo que me aconteça o mesmo, vi que está um rastreio e gostaria de o fazer” (sic). Negar sintomas do trato urinário inferior.

Consulta

Objetivo

- Vital: colaborante, orientado alto e autopsiquicamente. Aparência cuidada e bom estado geral.
- Pele e mucosas coradas e hidratadas.
- Peso: 80.5kg altura: 1.78m IMC: **25.4** kg/m².
- PA: 131mmHg PAx6 70 mmHg FC 64bpm.
- Auscultação cardíaca: S1 e S2 ritmicos e normofonéticos, sem sopros ou extrassons.
- Risco Cardiovascular elevado.

Consulta

Objetivo

- Observação colorimétrica normal.
- Da última avaliação analítica (13/03/2024): HbA1C – **6.9%**.
- Exame dos pés: sem edema, ulceração ou outras alterações cutâneas ou das unhas, sem deformidades da marcha. Sensibilidade vibratória e à pressão alterada do monitoramento sem alterações, com pulsos tibiais posteriores e pedais presentes bilateralmente (com apoio da perfuração).

Consulta

Avaliação

Problemas Ativos	Problemas Passivos	Antecedentes Passivos
T89 – Diabetes Insulino-Dependente	P17 – Abuso de Tabaco	L77 – Entorse/ Distensão do Tornozelo
T93 – Alteração dos Lipídios		
T83 – Excesso de Peso		
A26 – Medo de Cancro		

Consulta

Plano

Curto - Prazo

- Educação para a Saúde
 - Dieta saudável – Redução calórica e perda ponderal
 - Prática de exercício físico aeróbico – **150 min/semana**
 - Incentivo e parabenizo o cumprimento terapêutico – Ato de **HbA1c $\leq 7\%$**
- Diabetes
 - Alerta para sinais de hipoglicemia (sudores, sonolência, tremores, tonturas, palpitações, fome)
 - Enfatizo a importância de medir a glicemia em jejum de forma frequente
 - Relembro **os cuidados a ter com os pés**
- Redução de risco CV
 - Mantenho Plavastatina 2mg de forma a obter **valor LDL-c ≤ 70 mg/dL e redução superior a 50%**

Consulta

Plano

Médio - Prazo

- Agendo consulta para daqui a **6 meses – Outubro 2024**
- Reavaliação controlo metabólico - **HbA1c, microalbuminúria, creatinina**
- Reavaliação analítica – **colesterol total, Colesterol HDL, LDL-c, triglicéridos e TSH**
- Rastreios
 - Rastreio anual de **Retinopatia Diabética – (Setimo 2019)** De novo, adquire no primeiro trimestre da gravidez, precedida de 1 a 3 dias de jejum
 - Rastreio do **câncer colorretal com PSOC** (descrição realizada com utente)
 - Pago medição de **PSA** – no contexto de rastreio de próstata – Informo e esclareço dos benefícios e dos riscos de sobre diagnóstico e hiper-tratamento a que fica sujeito pelo facto de integrar o rastreio oportunístico

Consulta

Plano

Longo - Prazo

- Prevenção Primária
 - Relevo Plano Nacional de Vacinação – Enfatizo a importância da adesão à vacinação contra **COVID-19** (segundo critérios **GRSP** realizados em 2023) e **antipneumocócica** (1^{ma} dose) VPC13 e passado 6-12 meses VPC23
- Prevenção Secundária
 - Relevo a importância do reforço da manutenção das medidas higieno-dietéticas.
 - Mantenho o rastreio anual de complicações dos problemas ativos
 - Retinopatia diabética**
 - Ps Diabético**
 - Podopatia**

3 BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

- Weinreich, Ruth S. "Management of Blood Glucose in Adults with Type 1 Diabetes Mellitus." UpToDate. 2 Jan. 2024. (Acedido 9/04/2024)
- Norma DGS nº 005/2011. Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético
- ESC Scientific Document Group. 2021. ESC/ESH Guidelines management of dyslipidaemias (lipid modification to reduce cardiovascular risk)
- Weider, Deborah J. "Overview of general medical care in nonpregnant adults with diabetes mellitus." UpToDate 30 March 2024. (Acedido 9/04/2024)
- Recomendações do Núcleo de Atividades Preventivas da APNCC: Cuidos do diabete e do Reto
- Norma DGS nº 090/2011. Prescrição e determinação do Antígeno Específico da Próstata – PSA
- Recomendações GRSP. Vacinação anti-pneumocócica – a doença pneumocócica e recomendações GRSP para a vacinação anti-pneumocócica na população adulta (≥18 anos);

01

CASO CLÍNICO

AFONSO, 4 ANOS



Vem do SU por queixas de **vômitos alimentares**, **diarreia** e **febre**, com 3 dias de evolução. Há 2 dias **dirigi-se ao SU do Hospital da Luz**, onde foi **diagnosticado com gastroenterite** e **onde fez Solução de Rehidratação Oral**.

Tem cerca de 4 **vômitos alimentares** por dia, e cerca de 3 **diarreias** por dia de **contido** aquoso, sem sangue ou muco.

Não refere que **doente está mais sonolento** desde há 2 dias, com **diminuição de apetite**, e **refere diminuição da quantidade de micção urinária**, sem alterações da cor.

Nega contexto epidemiológico.
Nega infeções recentes.

02

GASTROENTERITE AGUDA

Infecção do trato gastrointestinal
caracterizada por **diarreia**

↓ Consistência

Febre

↑ Frequência

Náuseas
Vômitos

Dor Abdominal

Tipos 1

Tipos 3

Tipos 6

Tipos 2

Tipos 4

Tipos 5

Obstrução

Constituição normal

Diarreia

! = Transmissão fecal-oral

02

GASTROENTERITE AGUDA

GEA não Inflamatória

Diarreia – Dejeções aquosas sem sangue e sem muco
Apirexia ou febre baixas

GEA Inflamatória

Diarreia – Dejeções com sangue e muco
Febre

Intoxicação Alimentar

- < 1 hora: Ingestão de produto químico
- 1-7 horas: *S. Aureus* ou *Bacillus Cereus*
- 8-14h: *Salmonella*, *Shigella*, *E. Coli* ou *C. jejuni*
- > 15h: Vírus



02

GASTROENTERITE AGUDA

Clostridium difficile

PR >3 anos; antibióticos de largo espectro; intercorrimento
pré-existente; doença de base

Cefalosporina assimétrica ➡ Colitis pseudomembranosa

02 GASTROENTERITE AGUDA

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- Choque
- Desidratação moderada-grave
- Diarreia inflamatória grave
- Suspeita de sépsis
- "Re-trívica"
- Incapacidade de rehidratação oral
- Fatores de risco (imunodeficiência, desnutrição, doença de base)

02 GASTROENTERITE AGUDA

TRATAMENTO

- Realimentação precoce e soluções de rehidratação oral (SRO)

Rehidratação

- GEA sem desidratação ou desidratação ligeira → Ingestão oral de líquidos e alimentos apropriados à idade
- GEA com desidratação leve-moderada → SRO, evitar refrigerantes ou bebidas energéticas
- GEA com desidratação grave ou impossibilidade de rehidratação oral → Pode ser necessária hidratação endovenosa ou por sonda nasogástrica

Lactentes devem manter leite materno ou fórmula. Não está indicada excisão da bexiga, exceto se diarreia prolongada.

02 GASTROENTERITE AGUDA

TRATAMENTO

- Realimentação precoce e soluções de rehidratação oral (SRO)

Rehidratação

- GEA sem desidratação ou desidratação ligeira → Ingestão oral de líquidos e alimentos
- GEA com desidratação leve-moderada → Vômitos persistentes podem levar a hipoglicemia e cetoze → Ponderar-se solução de Dextrose
- GEA com desidratação grave ou impossibilidade de re-hidratação oral → Pode ser necessária hidratação endovenosa ou por sonda nasogástrica

02 GASTROENTERITE AGUDA

TRATAMENTO

- Realimentação precoce e soluções de rehidratação oral (SRO)

Rehidratação

- GEA sem desidratação ou desidratação ligeira → Ingestão oral de líquidos e alimentos apropriados à idade

Regra Geral : + 10 mL/kg por cada dejeção + 5mL/kg por cada vômito

- GEA com desidratação grave ou impossibilidade de re-hidratação oral → Pode ser necessária hidratação endovenosa ou por sonda nasogástrica

02 GASTROENTERITE AGUDA

INDICAÇÕES REHIDRATAÇÃO ENDOVENOSA

- Choque
- Desidratação com alteração do nível de consciência ou acidose grave
- Agravamento da desidratação ou ausência de melhoria, apesar da terapia de rehidratação oral
- Vômito persistente apesar da administração adequada de líquidos por via oral ou através de sonda NG
- Distensão abdominal grave e ileo

02 GASTROENTERITE AGUDA

REHIDRATAÇÃO ENDOVENOSA

Rápida reposição do líquido extracelular
Soros isotônicos (SF a 0,9%)

Se vômitos persistentes:
Administrar **Ondansetron** via oral ou EV

Adicionar glicose (elevação da cetonemia)
Completa-se com **REHIDRATAÇÃO ORAL**

2 a 4 h

REAVALIAR

< 6 meses e > 8 kg

02 GASTROENTERITE AGUDA

TRATAMENTO

Antibioterapia **NÃO** está indicada por rotina

Antibioterapia Empírica

- GEA inflamatória com risco de infecção grave → Azitromicina ou ciprofloxacina
- GEA não inflamatória com suspeita de cólera → > 8 anos, Doxiciclina; < 8 anos, cotrimoxazol
- Viajante → Azitromicina ou ciprofloxacina
- GEA > 10 dias → Metronidazol

02 GASTROENTERITE AGUDA

TRATAMENTO

Antibioterapia dirigida

- Shigella* → Azitromicina
- Salmonella typhi* → Cefalosporina 3^{ra} G → **SEMPRE**
- V. cholerae* → Azitromicina
- Campylobacter* → Azitromicina
- Salmonella enteritidis* → Cefalosporina 3^{ra} G
- Yersinia* → Cefalosporina 3^{ra} G
- C. difficile* → Metronidazol

GEA > 10 dias, GEA grave < 3 meses, Metronidazol não bacteremia

02 GASTROENTERITE AGUDA

TRATAMENTO

OUTROS

- Probióticos
- Obstipantes, inibidores do peristaltismo
- Racecadotril
- Antiemético

02 GASTROENTERITE AGUDA

PREVENÇÃO

Medidas de Higiene

Vacinação anti-rotavírus

Vacina	RotavTeq®	Rotarix®
Indicação	GRVGD	GRV
Idade	Via, oral	Via, oral
Requisito prévio	Requisito prévio	Requisito prévio
Período de validade	G1, G2, G3, G4, P10	Monovalente G1 P10
Número de doses	3	2

Recomendações

1. Vacinação universal de crianças europeias saudáveis contra o RVV

Tipos de recomendação

1A - Recomendação forte, baseada em dados de alta qualidade, na maioria das circunstâncias, com recursos

03 TAKE HOME MESSAGES

- Principal causa de GEA em pediatria é viral
- Muito importante a avaliação do estado de hidratação
- Antibioterapia empírica apenas em casos selecionados, mesmo na GEA bacteriana
- Probióticos diminuem duração e intensidade dos sintomas
- Antiemético apenas em contexto hospitalar

BIBLIOGRAFIA

- Marcante, K. & Kliegman, R. M., "Nelson's Essentials of Pediatrics", Elsevier
- Guemero-Fernandez, J.; Suso, J.; Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría, 2018
- Executive Summary. Rotavirus and Rotavirus vaccines. Proceedings of the Sixth International Rotavirus Symposium, July 7-9, México City, México. Washington: Albert B Sabin Vaccine Institute, 2004.VII-IX
- G O' Ryan, Miguel "Acute viral gastroenteritis in children in resource-abundant countries: Clinical features and diagnosis" Uptodate Mar. 2024 (Acedido 28/04/2024)

Anexo 3 – Casuística

3.1. CIRURGIA GERAL

Grafico 3.1.1. – Procedimentos cirúrgicos observados durante o estágio de Cirurgia

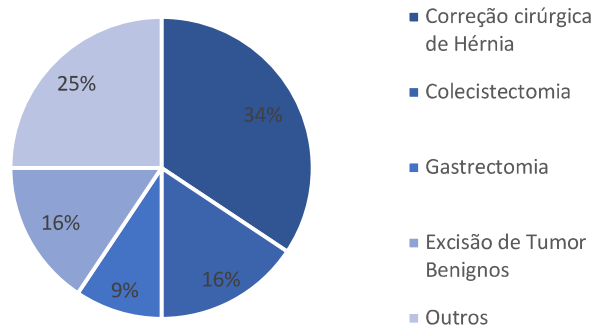


Tabela 3.1.2. – Cirurgias observadas

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	SEXO	IDADE
Hernioplastia inguinal unilateral VL	M	71
Hernioplastia inguinal unilateral VL	M	74
Hernioplastia inguinal unilateral VL	M	81
Hernioplastia inguinal unilateral VL	M	48
Hernioplastia inguinal Bilateral VL	M	77
Hernioplastia inguinal bilateral VL	M	32
Hernioplastia inguinal bilateral VL	M	54
Hernioplastia Umbilical VL	F	73
Hernioplastia Epigástrica VL	M	51
Hernioplastia Incisional	M	47
Herniorrafia Epigástrica VL	M	61
Apendicectomia VL	F	63
Hemorroidectomia	F	62
Encerramento Colostomia	M	71
Colecistectomia e Bypass Gástrico VL	F	41
Colecistectomia VL	F	36
Colecistectomia VL	M	32
Colecistectomia VL	F	85
Colecistectomia VL	F	87
Colecistectomia com colangiografia VL	F	68
Gastrectomia em Sleeve VL	F	33
Bypass Gástrico Robótica	F	46
Colectomia Esquerda Robótica	M	54
Colectomia Esquerda	M	58
Ressecção de Hamartoma quístico retro-retal	F	41
Dilatação anal	M	64
Excisão de Lipoma	M	56
Excisão de Lipoma	M	36
Excisão de Lipoma	F	61
Ressecção de Sinus pilonidal	M	24
Ressecção de Sinus pilonidal	F	33

Tabela 3.1.3. – Doentes observados na consulta externa de Cirurgia Geral

MOTIVO DA CONSULTA / DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	SEXO	IDADE
Bypass Gástrico	M	57
Litíase Biliar	F	55
Diverticulose	M	53
Hérnia Incisional	M	85
Trombose Hemorroidária	F	45
Bypass Gástrico	F	78
Quisto sebáceo	M	37
Litíase Biliar	F	53
Hérnia Epigástrica	M	36
Bypass Gástrico	F	63
Lipoma	F	37
Hérnia Epigástrica	M	57
Pólipos na vesícula	F	41
Hidradenite supurativa	F	57
Litíase Biliar	M	68
Hérnia Epigástrica	M	46
Neoplasia do reto	F	49
Hérnia inguinal	M	34
Hemorróidas	F	54
Neoplasia do reto	M	61
Pré-operatório hérnia umbilical	F	63
Neoplasia do Cólon ascendente	M	53
Pós-operatório hemorroidectomia	F	62
Hérnia umbilical	M	42
Bypass gástrico	F	46
Litíase Biliar	F	51
Neoplasia colón ascendente	M	32
Neoplasia colón sigmoide	M	57
Obesidade	F	55
Lipoma	M	48
Litíase Biliar	F	71
Pós-operatório hemorroidectomia	M	58

3.2. MEDICINA INTERNA

Gráfico 3.2.1. – Distribuição dos motivos de internamento por sistema afetado

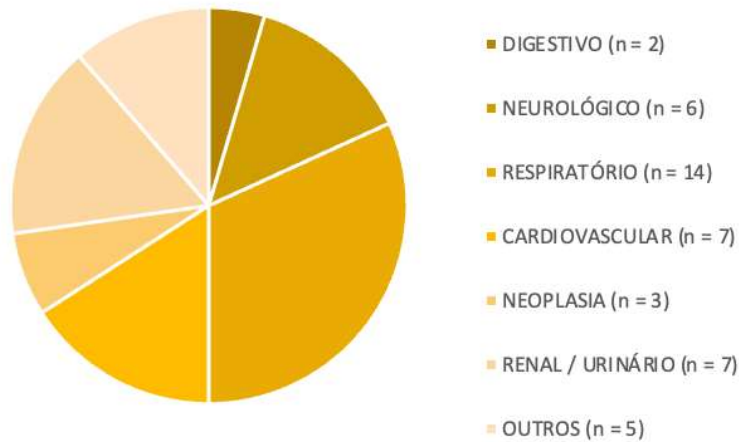


Tabela 3.2.2. – Doentes observados no Serviço de Urgência

SEXO	IDADE	MOTIVO DE IDA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA/ DIAGNÓSTICO
F	71	Náuseas e vômitos
F	80	Diarreia e Vômitos
F	86	Indisposição
M	57	Epistáxis, petéquias e gengivorragias
M	87	Síncope
F	91	Dispneia com 1 semana de evolução
M	65	Dispneia súbita
M	89	Indisposição
F	52	Síndrome de privação de álcool
M	65	Celulite Membro Inferior Direito
F	62	Cefaleia intensa com vômitos
F	30	Otalgia e odinofagia
F	39	Desconforto abdominal e disúria
M	31	Lombalgia sem traumatismo com 4 dias de evolução
M	29	Palpitações pós-consumo de canabinóides
M	41	Dispneia
M	26	Dor abdominal e cefaleia
F	63	Dispneia súbita
F	22	Amigdalite
F	92	Tromboembolismo Pulmonar Bilateral
F	75	Prostração e Disúria
F	57	Celulite Membro inferior Esquerdo
F	63	Cefaleia intensa com vômitos
M	82	Dor torácica com 3 dias de evolução
M	34	Náuseas e vômitos com 4 dias de evolução
M	47	Síncope
F	87	Acidente isquémico transitório
F	75	Agudização de Insuficiência Cardíaca
F	57	Crise hipertensiva

3.3. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Gráfico 3.3.1. – Consultas observadas no estágio de Ginecologia e Obstetrícia

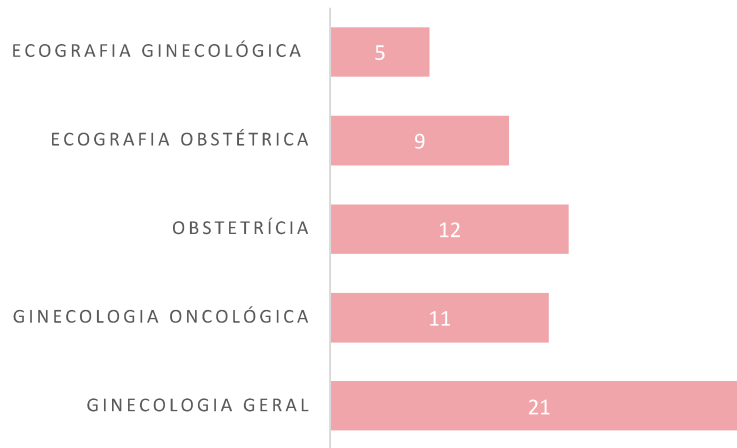


Gráfico 3.3.2. – Distribuição dos motivos de ida ao Serviço de Urgência

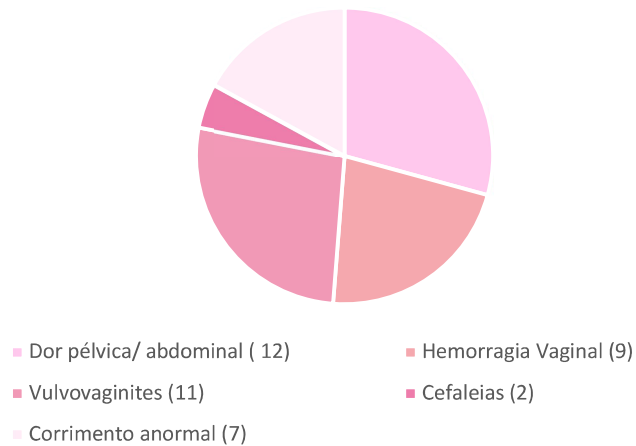


Tabela 3.3.3. – Partos assistidos

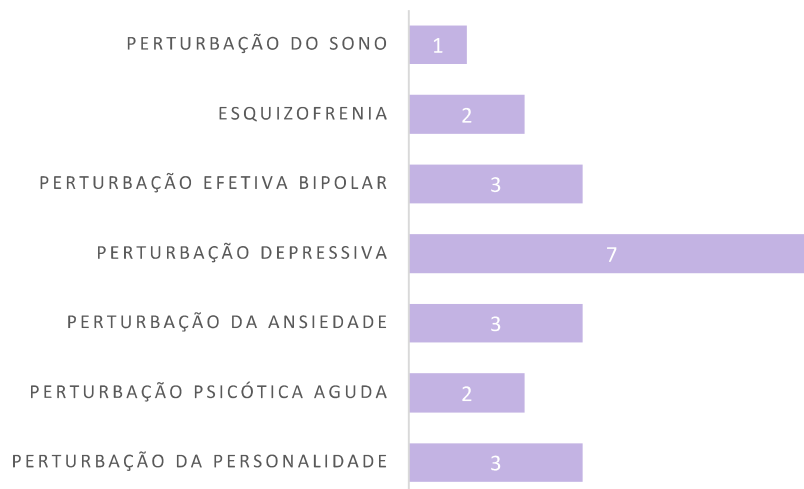
TIPOLOGIA DE PARTO	Nº DE DOENTES OBSERVADAS
Eutócico	10
Distócico com ventosa	9
Cesariana	7

3.4. SAÚDE MENTAL

Tabela 3.4.1. – Doentes observados no Internamento de Psiquiatria

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL/ MOTIVO DE INTERNAMENTO	Nº DE DOENTES OBSERVADOS
Perturbação de Personalidade Borderline	1
Esquizofrenia	2
Perturbação Afetiva Bipolar	1
Psicose por consumos	1
Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	1
Perturbação Delirante	1

Tabela 3.4.2. – Doentes observados na consulta comunitária de Psiquiatria



3.5 MEDICINA GERAL E FAMILAR

Gráfico 3.5.1. – Consultas observadas e realizadas sob supervisão no estágio de MGF

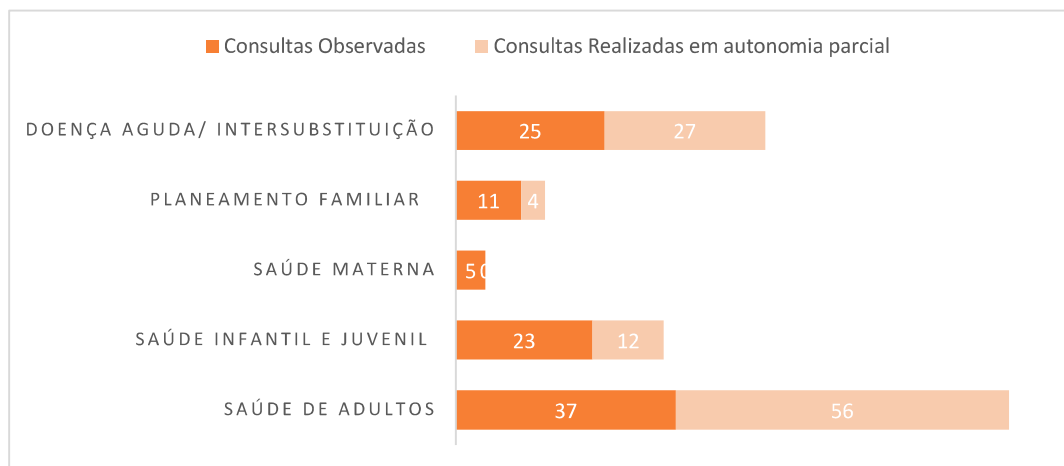


Tabela 3.5.2. – Principais problemas observados no estágio de MGF

PROBLEMAS	N.º CONSULTAS
PRINCIPAIS PROBLEMAS NAS CONSULTAS OBSERVADAS	
1. K86 – Hipertensão sem complicações	37
2. T83 – Excesso de peso	33
3. T90 – Diabetes não insulínica	28
4. T93 – Alteração dos lípidos	23
5. P76 – Perturbação depressiva	21
6. P74 – Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	17
7. T82 – Obesidade	12
8. R97 - Rinite Alérgica	7
9. P17 - Abuso do tabaco	7
10. U71 – Cistite/infeção urinária outra	5
PRINCIPAIS PROBLEMAS NAS CONSULTAS REALIZADAS EM AUTONOMIA PARCIAL	
1. K86 – Hipertensão sem complicações	31
2. T90 – Diabetes não insulínica	28
3. T83 – Excesso de peso	21
4. T93 – Alteração dos lípidos	19
5. R97 - Rinite Alérgica	14

3.6 PEDIATRIA

Gráfico 3.6.1. – Consultas observadas no estágio de Pediatria

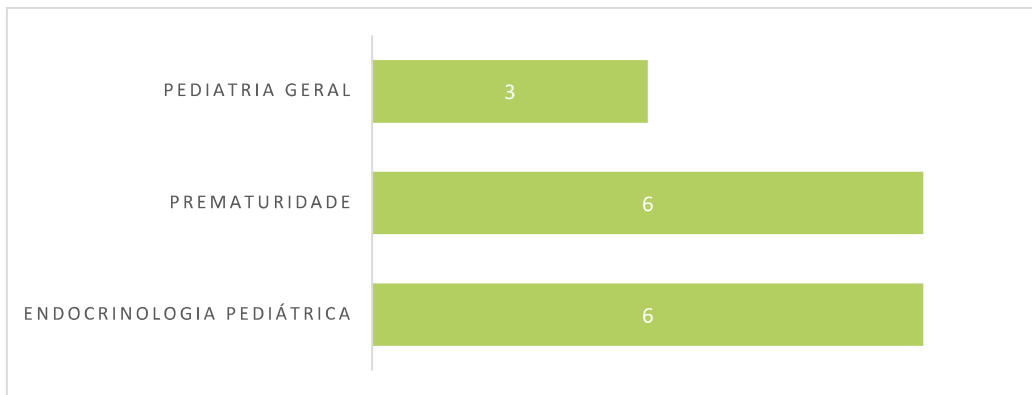
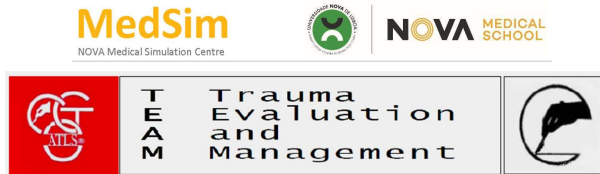


Tabela 3.6.2. – Doentes observados no serviço de urgência de Pediatria

SEXO	IDADE	MOTIVO DE IDA AO SU/ DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
M	10A	Otite média esquerda
F	4A	Anúria
F	12A	Entorse Pé
M	7A	Pneumonia Lobar
F	14M	Otite média Direita
M	12A	Toracalgia
F	13A	Dor Inguinal
M	7A	Varicela
F	11A	Sinosite e Otite bilateral
F	15A	Ejeção de carro em movimento
M	14A	Odinofagia
M	9A	Escarlatina
F	3A	Otites de repetição
M	4A	Traumatismo crânio-cefálico
F	4A	Prurido Vaginal
F	6A	Otite Média esquerda
M	13M	Traumatismo crânio-cefálico
F	8A	Amigdalite Aguda

Anexo 4 – Certificados

4.1. – Participação no curso TEAM (Trauma Evaluation and Management)



Certificado

Pelo presente se certifica que

INÊS DE FARIA MARQUES MARTINS

assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 09 e 10 de Novembro 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.atlspportugal.org, Programa ATLS/Sociedade Portuguesa de Cirurgia, atlspportugal@gmail.com
O "TEAM" é uma denominação original do American College of Surgeons

4.2. – Participação na Sessão de Simulação Luz *Learning Health*



Inês Martins

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS | Setembro 2023

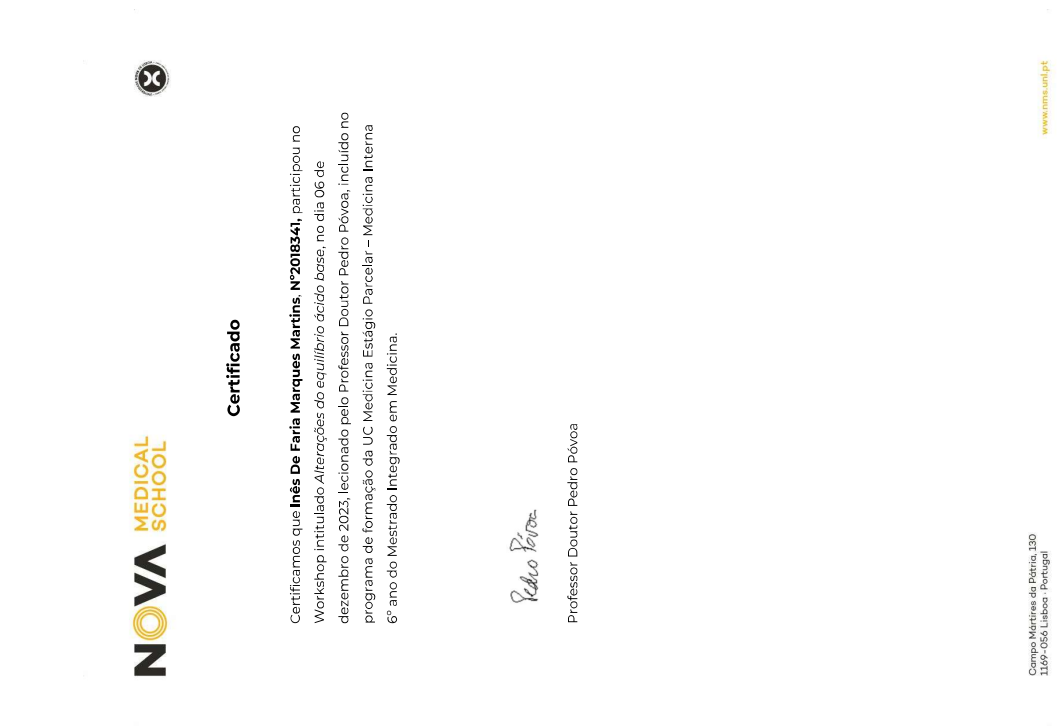
Presencial | 28 de Setembro de 2023 | 3 horas

Código de certificado: C-6501a3de70137

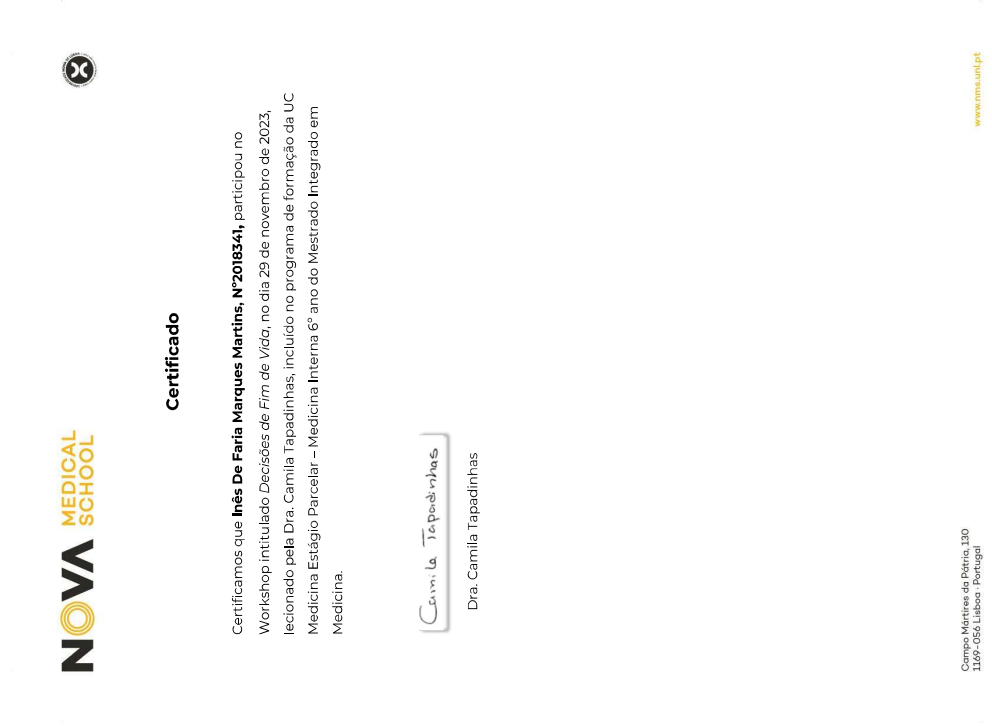
Hospital da Luz Learning Health • hospitaldaluz.pt/learninghealth
Avenida Lusitana, 100, Edifício C, Piso -1 • 1500-650 Lisboa • Portugal
T. +351 217 104 544 • M. +351 967 072 745 • E. learninghealth@hospitaldaluz.pt

LUZ SAÚDE

4.3. – Participação no Workshop “Alterações equilíbrio ácido-base”



4.4.– Participação no Workshop “Decisões de Fim de Vida”



4.5. – Certificados de Palestras e Congressos

4.5.1.– Certificado de participação no World Pancreatic Day



Certificado de
participação

Inês Martins

World Pancreatic Cancer Day | 4th Edition

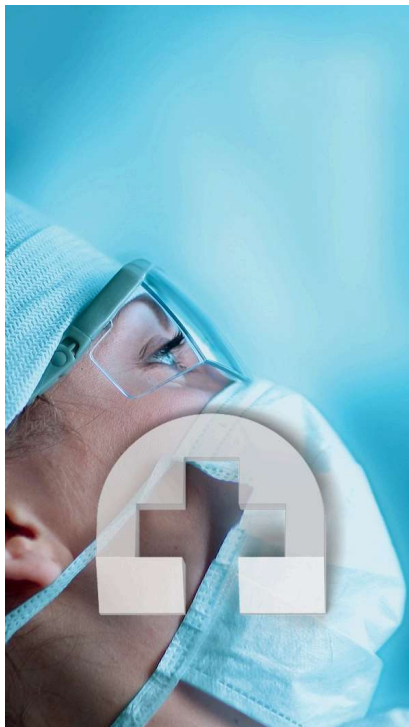
Webinar | 16 de Novembro de 2023 | 4 horas

Código de certificado: C-6543d40663112

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

4.5.2.– Certificado de participação no Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz



3º Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz

— Certificado de Participação

EMITIDO POR:

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



NOME

Inês Martins

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

13949073

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-65bbcc823e7010

Evento

3º Congresso Nacional de Cirurgia do Hospital da Luz
23-02-2024 08:30 → 24-02-2024 18:00 • Duração: 12 horas

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

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

learninghealth.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

4.5.3. – Certificado de participação no iMed Summit 2024



iMed Summit 2024

— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

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

NOME

Inês Martins

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

13949073

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-nphtp3s2ge80w

Evento

iMed Summit 2024

07-04-2024 13:30 → 07-04-2024 18:00 - Duração: - 4:30 horas

iMed Summit 2024 is the event launch of the iMed Conference 16.0, that will happen on the **7th of April at Reitoria of NOVA University of Lisbon!**

In this edition you can count with lectures given by **Nuno Basilio**, Clinical Director of Primary Healthcare at ULS Lisboa Ocidental, **João Araújo**, leader of international social projects, notably Humanitude and **Francisco Stilwell**, professional equestrian rider who had his leg amputated due to a congenital disease! They will also debate at a round table, moderated by **Helena Canhão**, Dean of Nova Medical School!

aenms.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

4.5.4. – Certificado de participação no Medical Students Cooperating Meeting

anem



Certificado

Medical Students' Cooperation Meeting

Emitido por:

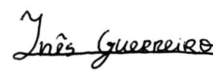
ANEM – Associação Nacional de Estudantes de Medicina
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Alameda Professor Hernâni Monteiro | 4200-319 Porto

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) certifica que Inês de Faria Marques Martins número de identificação 13949073, participou no XVIII Medical Students' Cooperation Meeting (MedSCOOP), no percurso formativo "Let's Talk About Sex..." e Sessão Paralela "Negociação e patrocínios", que decorreu em Soure, de 10 a 12 de novembro de 2023.

Data da emissão:

08/06/2024


Rita Ribeiro
Presidente da ANEM


Inês Guerreiro
Diretora de Formação da ANEM

associação nacional de estudantes de medicina | alameda prof. hernâni monteiro,
4200-319 porto | geral@anem.pt



4.6. – Boletim de Reconhecimentos Académicos Erasmus+ Estudos



SERVIÇO ACADÉMICO
NÚCLEO DE MOBILIDADE

BOLETIM DE RECONHECIMENTOS ACADÉMICOS

Informo que a aluna Inês de Faria Marques Martins, N.º 2018341, que frequentou a *Università degli Studi di Roma "La Sapienza"*, (Itália), de 13/02/2023 a 28/06/2023, ano letivo 2022/2023, no âmbito do Programa Erasmus+ Estudos, obteve aproveitamento nas unidades curriculares que constavam no Learning Agreement, pelo que deverá ser-lhe atribuída creditação às seguintes unidades curriculares do Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina da NOVA Medical School|Faculdade de Ciências Médicas:

Unidade Curricular	Ano	Créditos ECTS
Medicina Geral e Familiar	5º	8
Pediatria	5º	8
Psiquiatria	5º	8
Mecanismos Moleculares da Doença	5º	3
Terapêutica Médica	5º	3
Total		30

O Coordenador dos Programas de Mobilidade:

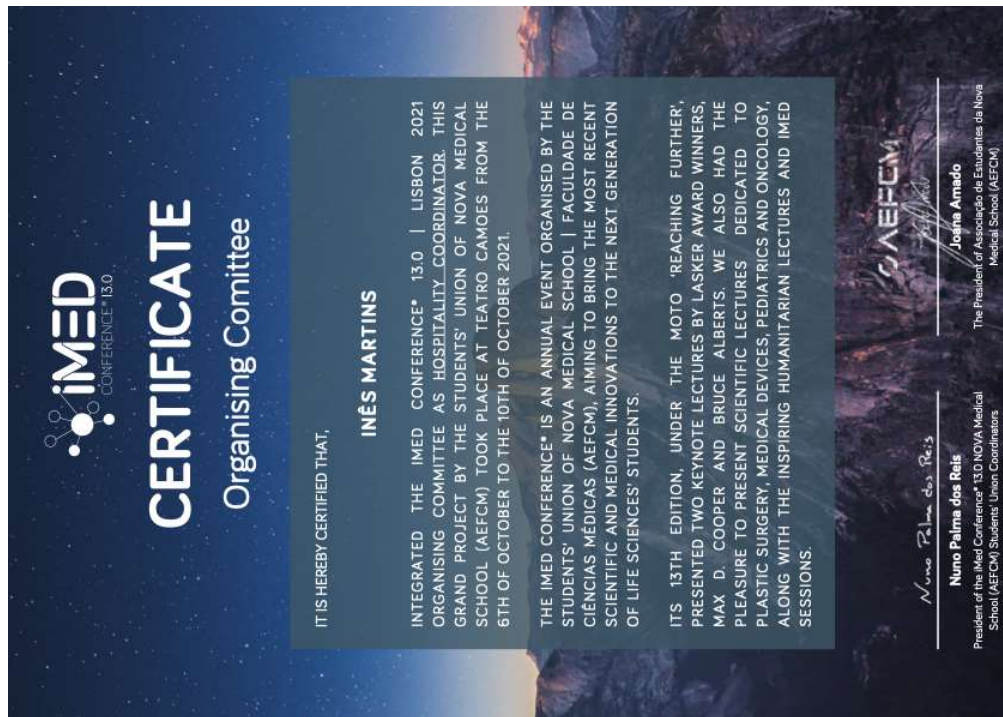

Prof. Doutor Paulo Paixão

Lisboa, 05/07/2023

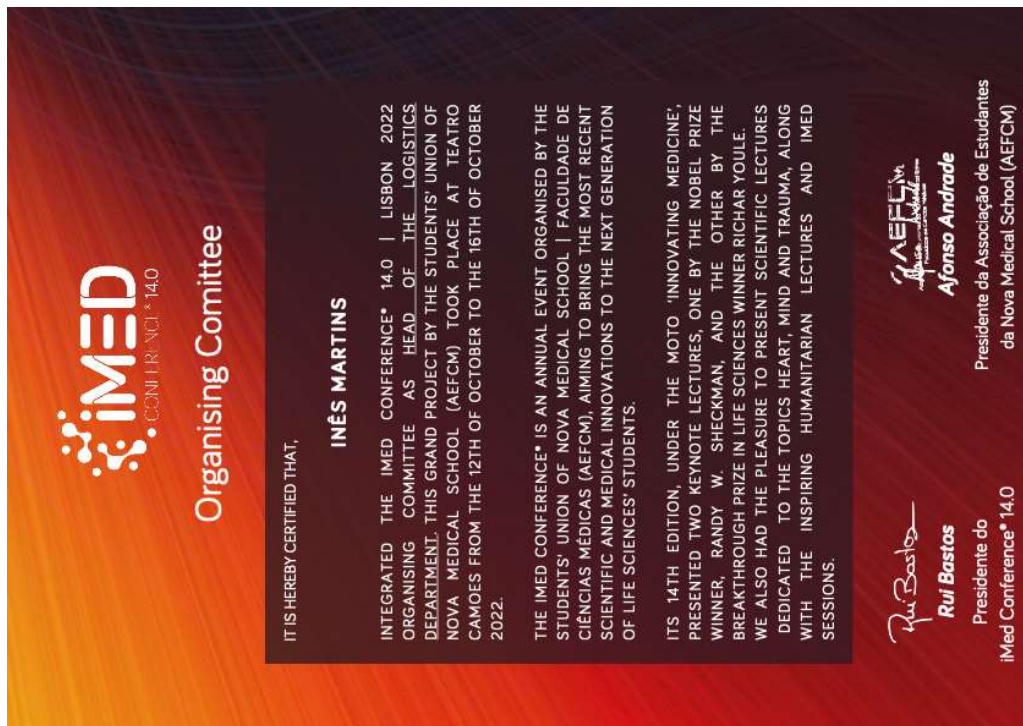
Anexo: 3 Páginas de Certificados de Notas

4.7. – Certificados de Participação Associativa

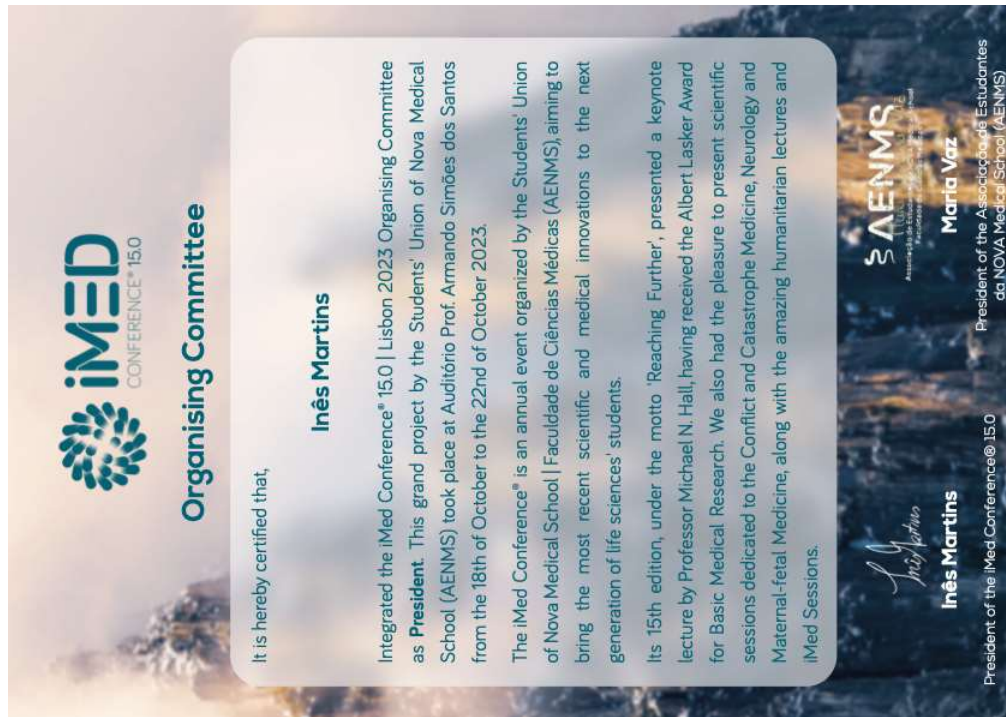
4.7.1. Hospitality Coordinator – iMed Conference 13.0



4.7.2. Head of Logistics– iMed Conference 14.0



4.7.3. President– iMed Conference 15.0



4.7.4. Membro Efetivo do Grémio Académico da Nova Medical School



Anexo 5 – Autoavaliação

OBJETIVOS GERAIS	CUMPRIDO/ NÃO CUMPRIDO	COMENTÁRIO
1)	Cumprido	-
2)	Cumprido	-
3)	Cumprido parcialmente	Maioritariamente no estágio parceral de Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar. Gostaria de ter tido possibilidade de o realizar nos restantes estágios.
4)	Cumprido	
5)	Cumprido parcialmente	Realizado unicamente em em MGF e Medicina Interna
6)	Cumprido	-
7)	Cumprido	-
8)	Cumprido	-

VENI

VIDI

VICI