

**Mestrado Integrado em
Medicina**

UC: Estágio Profissionalizante
Ano Letivo: 2023-24

**RELATÓRIO FINAL DO ESTÁGIO
PROFISSIONALIZANTE**

Mestrado Integrado em Medicina
6º ano | 2018-24

Responsável: Professor Doutor Rui Maio
Orientadora: Drª Rute Baptista

Daniel Flora Martins de Sousa
Turma 3 | A2018265 | Ano Letivo 2023-2024



AGRADECIMENTOS

À minha família, por todo o sacrifício e apoio constante ao longo do curso, por nunca me deixarem ir abaixo e por estarem sempre presentes nos momentos menos bons. Em especial aos meus pais e ao meu irmão, que sempre acreditaram em mim e deram-me todo o apoio que precisei.

Aos meus amigos, por estarem sempre presentes nos melhores e nos piores momentos, para rir ou desabafar os problemas. Por todas as conversas, todos os momentos e todas as memórias que criamos juntos.

Ao meu padrinho, por me ter dado todo o apoio durante este longo percurso de 6 anos, e que me guiou sempre no melhor caminho possível.

Aos meus colegas do curso, por todo o companheirismo e todos os momentos que pudemos apoiar-nos, mas também desafiar-nos uns aos outros.

Aos professores, médicos e colegas mais velhos por todos os conselhos que sempre deram durante todo o curso. Especiais agradecimentos aos meus tutores do estágio profissionalizante do 6º ano, pela persistência em ensinar Medicina.

A todos os que estiveram presentes no meu percurso, o meu mais sincero obrigado.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. Introdução e Objetivos | 2 |
| 2. Atividades desenvolvidas..... | 2 |
| 2.1. <i>Cirurgia</i> | <i>2</i> |
| 2.2. <i>Medicina</i> | <i>3</i> |
| 2.3. <i>Saúde Mental.....</i> | <i>4</i> |
| 2.4. <i>Medicina Geral e Familiar</i> | <i>5</i> |
| 2.5. <i>Pediatria.....</i> | <i>5</i> |
| 2.6. <i>Ginecologia e Obstetrícia.....</i> | <i>6</i> |
| 3. Elementos valorativos | 7 |
| 4. Reflexão crítica | 7 |
| 5. Glossário | 10 |
| 6. Anexos | 11 |

1. Introdução e Objetivos

O Estágio Profissionalizante tem como objetivo central profissionalizar estudantes de Medicina, dotando-os da autonomia necessária ao exercício da Medicina enquanto futuros médicos. Assim, e tendo em conta a finalidade deste estágio, defini algumas metas transversais a todas as especialidades que procurei alcançar, nomeadamente: 1) consolidar e aplicar na prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso; 2) aprender a desenvolver e aprimorar autonomamente o raciocínio clínico; 3) praticar gestos e procedimentos médicos; 4) saber identificar e hierarquizar problemas, e definir uma lista de prioridades na abordagem dos doentes; 5) otimizar a comunicação e a relação médico-doente; 6) aperfeiçoar a capacidade de trabalho em equipa; 7) compreender o funcionamento e organização dos serviços da Saúde.

O presente relatório sintetiza, desta forma, as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Profissionalizante do 6º ano, bem como outras atividades e projetos que participei ao longo do curso, finalizando com uma reflexão crítica sobre todas as atividades descritas previamente. Em anexo, encontra-se alguma informação alusiva aos estágios realizados, bem como certificados de participação dos elementos valorativos.

2. Atividades desenvolvidas

A UC “Estágio Profissionalizante”, sob regência do Professor Doutor Rui Maio, inclui-se no plano curricular do 6º ano do MIM da NMS|FCM, tendo uma duração de 32 semanas. É composta pelos seguintes estágios: Cirurgia e Medicina (8 semanas cada); Saúde Mental, Medicina Geral e Familiar, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (4 semanas).

2.1. Cirurgia

O estágio parcelar de Cirurgia, coordenado pelo Professor Doutor Rui Maio, tem a duração de 8 semanas, o qual realizei entre os dias 11 de setembro e 3 de novembro de 2023. Durante o estágio, integrei a equipa de Extra-Digestivo do Hospital de Cascais, sob a tutoria do Doutor Gonçalo Costa Jorge, com um rácio discente:docente de 1:1. Para este estágio, defini alguns objetivos específicos: saber identificar urgências e emergências cirúrgicas; aprender, praticar e realizar autonomamente o máximo de gestos e procedimentos da pequena cirurgia; aperfeiçoar a técnica de assepsia; participar, sempre que oportuno, em cirurgias como ajudante.

Neste período, acompanhei as atividades do meu tutor a nível da Consulta Externa, Enfermaria, Pequena Cirurgia e Bloco Operatório, tendo também acompanhado a equipa de Extra-Digestivo no período diurno do Serviço de Urgência. Na Consulta Externa, tive a oportunidade de contactar com um vasto leque de patologias do foro cirúrgico, podendo,

também, treinar a anamnese e exame objetivo destes doentes. Na Enfermaria, assisti e participei nas visitas diárias, onde pude consolidar conhecimentos e esclarecer dúvidas. Na Pequena Cirurgia eletiva, pude participar e realizar alguns procedimentos com o auxílio do meu tutor, tendo sido uma componente muito positiva neste estágio. No Bloco Operatório, pude não só observar procedimentos gerais da Cirurgia Geral, bem como procedimentos mais específicos e complexos, sobretudo da parede abdominal, realizados pela equipa de Extra-Digestivo. No Serviço de Urgência, acompanhei as atividades dos diferentes profissionais a nível da consulta, pequena cirurgia, serviço de observação e bloco operatório, onde tive a oportunidade de praticar técnicas de anamnese e exame objetivo, bem como discutir a requisição/interpretação de MCDTs e propostas terapêuticas. Semanalmente, era organizado pelo serviço um *Journal Club*, fazendo-se a revisão e discussão de um artigo da literatura médica. Durante 2 dias, pude, ainda, frequentar estágios opcionais de Medicina Intensiva e Gastroenterologia, respetivamente, que constituíram um bom complemento ao estágio de Cirurgia.

Ainda durante estas 8 semanas, participei no curso TEAM, promovido pela ATLS Portugal e SPC, com uma componente teórica e outra prática ministradas na NMS; e numa sessão de simulação de técnicas cirúrgicas, promovida pela *Luz Learning Health*. Por fim, participei no Minicongresso de Cirurgia, onde todos os alunos se dividem em grupos e fazem uma breve apresentação sobre temas relevantes na Cirurgia, tendo apresentado, em grupo, um trabalho sobre “Hérnia com Perda de Domicílio”.

2.2. Medicina

O estágio parcelar de Medicina, coordenado pelo Professor Doutor António Mário Santos, tem a duração de 8 semanas, o qual realizei entre os dias 6 de novembro de 2023 e 12 de janeiro de 2024. Realizei o estágio no serviço de Medicina 1 da Unidade Local de Saúde de São José, Hospital de São José, sob a tutoria da Doutora Anabela Nunes, com um rácio discente:docente de 1:1. Para este estágio, defini alguns objetivos específicos: aprender como treinar e aprimorar o raciocínio clínico; adquirir autonomia na abordagem inicial de qualquer doente; praticar e aperfeiçoar gestos e técnicas médicas.

Neste período, acompanhei as atividades diárias da minha tutora e da sua equipa, tendo-me sido dada autonomia para realizar a avaliação de doentes, bem como para a requisição de MCDTs e, por vezes, para a orientação terapêutica. Durante o estágio, vivenciei mais tempo a Enfermaria, onde estive presente todos os dias do meu estágio. Desde o primeiro que me foi dada autonomia para reavaliar os doentes que me eram atribuídos (entre 1 a 3 por dia), elaborar os seus diários clínicos, interpretar e/ou propor novos MCDTs, e propor um plano/ajuste terapêutico, com posterior discussão com a equipa. Do mesmo modo, tive a oportunidade de praticar e assistir a diferentes procedimentos em contexto de

internamento e de urgência. No Serviço de Urgência, acompanhei a atividade do Doutor Diogo Faustino, que apesar de não ser o meu tutor, também me deu muita autonomia para realizar a avaliação de doentes urgentes, tendo inclusive realizado 1 período de Urgência Interna noturno durante o estágio. Durante o estágio, observei uma grande variedade de patologias, com um predomínio de patologias do foro cardiovascular, e um claro predomínio de doentes com idade superior a 65 anos.

Para além da vivência hospitalar acima descrita, foi-me dada a oportunidade de assistir a sessões semanais organizadas pelo serviço de Medicina 1 (Neurorradiologia, Radiologia e ECG), e a sessões formativas sobre temas relevantes para a Medicina Interna. Também participei em 2 *workshops*, organizados pela NMS, com os temas “Decisões no Fim de Vida” e “Alterações do Equilíbrio Ácido-Base”. Por fim, apresentei ao serviço de Medicina 1, em grupo, um trabalho sobre o tema “Abordagem ao Doente com Hipoglicémia”, onde foi feita uma revisão global da Hipoglicémia, do seu diagnóstico e da sua abordagem.

2.3. Saúde Mental

O estágio parcelar de Saúde Mental, coordenado pelo Prof. Doutor Miguel Talina, tem a duração de 4 semanas, o qual realizei entre os dias 22 de janeiro e 16 de fevereiro de 2024. Realizei o estágio na Unidade Local de Saúde de São José, Hospital Júlio de Matos, sob a tutoria da Doutora Paula Casquinha, com um rácio discente:docente de 1:1. Para este estágio, defini alguns objetivos específicos: praticar e aperfeiçoar as técnicas comunicacionais e estabelecimento de relação médico-doente no doente psiquiátrico; consolidar e aplicar conhecimentos adquiridos anteriormente; saber identificar e gerir as principais perturbações psiquiátricas.

Durante estas 4 semanas, acompanhei as atividades diárias da minha tutora maioritariamente no Serviço de Reabilitação e Residentes, onde pude assistir, participar e auxiliar na gestão dos doentes internados, no que concerne à realização de diários clínicos e proposta de MCDTs e planos/ajustes terapêuticos, com uma discussão posterior. Muitas vezes, surgiam momentos oportunos de aprendizagem, onde discutia com a minha tutora diferentes temas relevantes na Psiquiatria associados aos doentes que observamos, bem como à revisão de diversos artigos científicos com temas pertinentes e/ou controversos nesta área.. Também acompanhei a minha tutora na Consulta Externa de Psiquiatria Geral, onde pude contactar com uma grande variedade de perturbações deste foro, e que contrastavam com as que observava no Serviço de Reabilitação e Residentes. Não obstante, foi-me dada a oportunidade de assistir a um ensaio do Grupo de Teatro Terapêutico, onde tive a oportunidade de interagir livremente com os participantes, experiência que considero muito positiva.

Para além da vivência hospitalar já descrita, assisti a um seminário organizado no primeiro dia de estágio, com o tema “Urgências em Psiquiatria”, lecionado pelo Prof. Doutor Miguel Talina a todos os alunos. Ao longo do período de estágio, também participei em 4 sessões práticas, lecionadas pelo Prof. Doutor Pedro Castro Rodrigues, com os seguintes temas, respetivamente: “Aspetos gerais da História Clínica em Psiquiatria”; “Sinais e Sintomas em Psiquiatria”; “Diagnóstico e Terapêutica em Psiquiatria”; e discussão de 1 história clínica, elaborada por um dos alunos. Como modo de avaliação, realizei uma história clínica a um doente do Serviço de Residentes, com posterior discussão com a minha tutora.

2.4. Medicina Geral e Familiar

O estágio parcelar de Medicina Geral e Familiar, coordenado pelo Prof. Doutor Daniel Pinto, tem a duração de 4 semanas, o qual realizei entre os dias 19 de fevereiro e 15 de março de 2024. Realizei o estágio na USF Vale do Sorraia, em Coruche, sob a tutoria do Doutor Carlos Ceia, com um rácio discente:docente de 1:1. Para este estágio, defini alguns objetivos específicos: aprimorar as técnicas comunicacionais e o estabelecimento de uma boa relação médico-doente; desenvolver autonomia para guiar uma consulta; saber identificar e priorizar os problemas dos doentes.

Neste estágio, pude contactar com uma grande variedade de patologias, quer a nível de Consulta programada, quanto a nível do Serviço de Urgência, onde progressivamente foi-me sendo dada autonomia para dirigir consultas, proporcionando uma grande oportunidade de consolidação e aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Na Consulta, observei e realizei maioritariamente utentes com doenças crónicas em Saúde de Adultos, mas também observei e realizei consultas de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Doença Aguda. No Serviço de Urgência, observei e realizei sobretudo consultas de Doença Aguda, tendo também realizado alguns procedimentos, nomeadamente suturar feridas. Adicionalmente, pude acompanhar o meu tutor numa visita ao Lar de Coruche, permitindo-me contactar com uma realidade diferente da habitual. Para a avaliação, apresentei um caso clínico de um doente cuja história era do meu interesse, tendo por base o modelo SOAP.

2.5. Pediatria

O estágio parcelar de Pediatria, coordenado pelo Prof. Doutor Luís Varandas, tem a duração de 4 semanas, o qual realizei entre os dias 18 de março e 19 de abril de 2024 (1 semana de interrupção letiva da Páscoa). Realizei o estágio na Unidade Local de Saúde de São José, Hospital de Dona Estefânia, sob a tutoria da Doutora Marta Oliveira, com um rácio discente:docente de 2:1. Para este estágio, defini alguns objetivos específicos: praticar e

aperfeiçoar a anamnese e o exame objetivo em idade pediátrica; saber identificar e gerir as principais doenças pediátricas.

Durante o estágio, acompanhei as atividades da minha tutora na UCIP, onde pude assistir às reuniões de passagem de doentes pelo turno da noite, onde era feita uma discussão detalhada de cada caso, seguida de uma avaliação posterior dos mesmos doentes, elaboração do diário clínico e uma nova discussão quanto à evolução clínica e ao plano terapêutico. Apesar do internamento em contexto de UCIP não proporcionar a mesma autonomia que tive noutros estágios, considero um privilégio ter tido a oportunidade de participar nas diferentes atividades do serviço, uma vez que a Medicina Intensiva é a área da Medicina que tenho mais interesse. Neste período, participei pelo menos 1 vez por semana no Serviço de Urgência Pediátrico, onde pude observar um vasto leque de patologias em diferentes faixas etárias, podendo, por vezes, realizar com autonomia parcial a avaliação inicial destes doentes, algo que considero indispensável para a formação de um bom médico. Tive, ainda, a oportunidade de realizar estágio noutros serviços, nomeadamente: Imunoalergologia (Consulta Externa), Pneumologia Pediátrica (Consulta Externa) e Infecçiologya Pediátrica (Internamento), momentos de estágio que considero enriquecedores.

Para além da vivência hospitalar já descrita, assisti a uma aula realizada pelo serviço de Imunoalergologia, com o tema “Anafilaxia”. Pude, também, no dia 9 de abril de 2024, assistir a uma formação prática, organizada pela minha tutora, com o tema “Morte Cerebral em Pediatria”. Por fim, como modo de avaliação, elaborei uma história clínica, com posterior discussão com a minha tutora; e apresentei, em grupo, um seminário com o tema “Pneumonia Complicada por Derrame Parapneumónico”, baseado num caso que observei na UCIP.

2.6. Ginecologia e Obstetrícia

O estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia, coordenado pela Prof. Doutora Teresinha Simões, tem a duração de 4 semanas, o qual realizei entre os dias 22 de abril e 17 de maio de 2024. Realizei o estágio na Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, Hospital Fernando Fonseca. Para este estágio, defini alguns objetivos específicos: reconhecer e saber gerir as principais patologias da mulher; praticar e adquirir autonomia na realização de anamnese e exame objetivo obstétrico e ginecológico; assistir e praticar gestos e procedimentos médico-cirúrgicos da área da ginecologia e obstetrícia.

Neste estágio, foi atribuída uma rotação específica a cada aluno, o que me permitiu vivenciar as diferentes áreas que esta especialidade abrange e contactar com diferentes profissionais do serviço. Durante as 2 primeiras semanas realizei o estágio de Obstetrícia e

nas 2 últimas semanas o estágio de Ginecologia. Neste período, pude assistir e participar em diferentes atividades, nomeadamente Consulta Externa (geral e de especialidade, por exemplo: Mama, Uroginecologia, Endometriose), Enfermaria (doentes grávidas e no puerpério), Exames (ecografia pré-natal, colposcopias, histeroscopias), Bloco Operatório e Serviço de Urgência (período diurno de 12h). Deste modo, pude contactar com uma grande variedade de patologias do foro obstétrico e ginecológico, podendo também praticar técnicas de anamnese e exame objetivo neste contexto. Ainda durante este período, assisti a um workshop, organizado pelo Hospital São Francisco Xavier, com o tema “*The Woman*”, onde foi feita uma revisão sistemática dos temas centrais da Ginecologia e Obstetrícia, com um grande foco nos conhecimentos essenciais para um futuro médico, o que foi um excelente complemento à vivência hospitalar.

3. Elementos valorativos

Durante o 6º ano, fui participando em diferentes atividades e eventos para além dos já descritos anteriormente, nomeadamente: 15ª edição da *iMed Conference*; 2ª edição do *Artificial Intelligence in Healthcare*; 4ª edição do *World Pancreatic Cancer Day*; e 6ª edição do *FutureMD*.

Ao longo do curso, com especial ênfase e até ao meu 4º ano, fui embaixador da *InSimu Patient*¹, um software que funciona como um simulador de casos clínicos em formato virtual, que permite ao utilizador realizar a anamnese, exame objetivo e MCDTs para chegar a um diagnóstico. Apresenta a grande vantagem de produzir casos únicos, cada um com um algoritmo de abordagem ótimo em termos de tempo e de recursos utilizados, permitindo ao utilizador não só verificar se conseguiu chegar ao diagnóstico correto, mas também comparar a sua abordagem com um algoritmo otimizado.

Finalmente, apesar do estágio de Medicina Interna ter a duração de 8 semanas, mantive contacto com o meu tutor do Serviço de Urgência, Diogo Faustino, tendo realizado vários turnos de 8-12h noturnos de Urgência Externa e Urgência Interna com a equipa de urgência no decorrer dos restantes estágios.

4. Reflexão crítica

Estando prestes a concluir os 6 anos do curso de Medicina, considero indispensável refletir sobre todo o meu percurso académico nesta casa, e o impacto do Estágio Profissionalizante na minha formação, enquanto futuro médico e enquanto pessoa. Globalmente, considero que cumpri todos os objetivos que propus no início deste ano.

¹Video ilustrativo, elaborado pela *InSimu*, que ilustra as funcionalidades básicas da aplicação: [clique aqui](#).

Iniciei o meu estágio com Cirurgia Geral, uma especialidade que já não contactava há 3 anos. Este foi um estágio que me marcou pelo elevado dinamismo da equipa que estive integrado, e pelo quão bem fomos acolhidos por todos os profissionais do serviço – no final de contas, fomos os primeiros alunos da faculdade a realizar este estágio de Cirurgia Geral no Hospital de Cascais. Pessoalmente, ter tido a oportunidade de contactar tanto tempo com o Serviço de Urgência é algo que estou grato, pois permitiu-me contactar com contextos clínicos os mais variados contextos clínicos. Apesar das urgências serem a valência que tenho mais interesse da especialidade, o facto do meu tutor não participar nas mesmas permitiu que contactasse mais com a Pequena Cirurgia, que, fora do contexto do Serviço de Urgência, tem uma grande variedade de procedimentos, acabando por ser uma excelente oportunidade para treinar algumas técnicas básicas, como administrar anestesia local, realizar pequenas incisões e suturar feridas. Por fim, ter tido a oportunidade de contactar com outras especialidades, em especial com os Cuidados Intensivos, também contribuiu muito positivamente para a minha experiência neste estágio.

De seguida, passei para o estágio de Medicina Interna, que foi o estágio que mais me marcou enquanto pessoa e enquanto futuro médico. Desde o primeiro dia de estágio que me foi dada autonomia como se fosse um Interno de Formação Geral – o que, inicialmente, me deixou entusiasmado por ter tanta autonomia inicialmente; mas, rapidamente percebi que ter este nível de autonomia implica que seja depositada muita confiança em nós, o que me assustou e deixou-me preocupado, tendo em conta a autoavaliação que tinha de mim no momento. Felizmente, este sentimento rapidamente desvaneceu-se, dando lugar a momentos oportunos de aprendizagem, de prática, de estimulação de interesse e, acima de tudo, de crescimento pessoal e profissional. Este estágio foi especial, pois a minha tutora deste ano foi, também, a minha tutora de Medicina Interna do 3º ano, o que foi muito reconfortante e permitiu que tivesse mais liberdade em esclarecer qualquer dúvida. Para além de toda a aprendizagem e da autonomia que consegui conquistar, este estágio também me abriu os olhos para a realidade do estado da Saúde em Portugal e do impacto que o desinvestimento prolongado ao longo de vários anos, e de uma população cada vez mais envelhecida e com maior necessidade de cuidados de saúde com os seus custos associados, tem tido a nível das instituições de saúde e dos profissionais. Não obstante, apesar de não ter sido oficialmente um tutor designado, considero uma honra ter sido acolhido pelo Doutor Diogo Faustino que, tal como referi anteriormente, mostrou-se sempre disponível para me receber no Serviço de Urgência, mesmo após finalizar o meu estágio de Medicina – e, portanto, não posso deixar de o considerar também como um meu tutor de Medicina e como alguém que marcou profundamente neste meu percurso.

Iniciei, a seguir, o estágio de Saúde Mental, que, tal como os anteriores, também me marcou pela positiva, quer pela oportunidade fantástica que tive em contactar e estudar

os doentes do serviço, como também pela relação que desenvolvi com os demais profissionais, que sempre me acolheram e deram o seu melhor para estimular o meu interesse e curiosidade científica. Apesar de ter durado apenas 4 semanas, pude contactar com uma população de doentes psiquiátricos chamados “doentes difíceis”, um conceito em rápido crescimento na Psiquiatria, que requer um conhecimento muito aprofundado das mais variadas perturbações e síndromes neuropsiquiátricas, acabando por constituir um excelente material de aprendizagem e aprofundamento de conhecimentos.

Passei para o estágio de Medicina Geral e Familiar, onde estive 1 mês em Coruche. Apesar de não ser novidade estar deslocado de casa (no final de contas, foram 6 anos deslocado em Lisboa), considero que tanto o estágio em si, quanto o facto de estar num ambiente previamente desconhecido, foram fatores determinantes para o meu crescimento enquanto pessoa e futuro médico, e que me dotaram de ferramentas muito úteis para a abordagem de qualquer doente independente do contexto em que se encontra.

No estágio de Pediatria, pude participar na UCIP durante 4 semana, que, tal como disse anteriormente, é a área da Medicina que mais tenho interesse, e poder contactar com doentes críticos em idade pediátrica foi uma oportunidade excelente de manter esta chama acesa. Apesar de ter começado este estágio com grandes expectativas, posso dizer, com segurança, que mesmo assim fui surpreendido pela positiva: pelo elevado nível de dinamismo dos profissionais, pelo vasto nível de conhecimento e profissionalismo que apresentavam e, por mais grave e/ou complexo que fosse o contexto clínico, pelo nível de humanismo e empatia que sempre demonstraram. Nestas 4 semanas pude verdadeiramente contactar com os extremos fisiológicos e assistir ao que a Medicina consegue oferecer para salvar vidas – o facto de serem doentes pediátricos aumenta ainda mais o nível de complexidade, pelo que estou eternamente grato por este estágio.

Terminei o meu 6º ano com Ginecologia e Obstetrícia, um estágio que me permitiu aprimorar o meu conhecimento não só da patologia da grávida, mas também da patologia ginecológica, cujo conhecimento é essencial para qualquer médico em formação geral, por ser também, tal como as restantes acima mencionadas, uma especialidade essencial ao bom funcionamento e à manutenção da saúde da população do sexo feminino.

Para finalizar, apesar de ter cumprido os meus objetivos, considero que o fim do curso é o começo de uma nova e longa jornada, repleta de desafios que estou pronto e entusiasmado por superar. Saio, desta forma, do curso orgulhoso do meu percurso, daquilo que conquistei, e da pessoa que me tornei ao fim destes 6 anos. A todos os demais que, de alguma forma, participaram no meu caminho, um grande obrigado.

5. Glossário

ATLS – Advanced Trauma and Life Support

ECG – Eletrocardiograma

HDE – Hospital Dona Estefânia

HFF – Hospital Fernando Fonseca

HJM – Hospital Júlio de Matos

HSJ – Hospital São José

MCDTs – Meios Complementares de Diagnóstico

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

NMS|FCM – *NOVA Medical School* | Faculdade de Ciências Médicas

SPC – Sociedade Portuguesa de Cirurgia

TEAM – *Trauma Evaluation And Management*

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

6. Anexos

Anexo I – Cronograma das atividades desenvolvidas

Anexo II – Trabalhos do Estágio Profissionalizante

1. Trabalhos realizados nos estágios parcelares
2. Slides da apresentação “Hérnia com Perda de Domicílio”
3. Slides da apresentação “Abordagem ao Doente com Hipoglicémia”
4. Slides da apresentação “Pré-Diabetes: a propósito de um caso clínico”
5. Slides da apresentação “Pneumonia complicada por Derrame Parapneumónico”

Anexo III – Casuística dos doentes observados

1. Cirurgia Geral
2. Medicina Interna
 - a. Segundo motivo de internamento
 - b. Prevalência de comorbilidades
3. Saúde Mental
4. Medicina Geral e Familiar
5. Pediatria
6. Ginecologia e Obstetrícia

Anexo IV – Elementos valorativos

Anexo I – Cronograma das atividades desenvolvidas no Estágio Profissionalizante


| ESTÁGIO | PERÍODO | LOCAL | TUTOR | RESPONSÁVEL |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--|
| Cirurgia | 11/09/2023 até 03/11/2023 | Hospital de Cascais | Dr. Gonçalo Costa Jorge | Professor Doutor Rui Maio |
| Medicina | 06/11/2023 até 12/01/2024 | ULS São José (HSJ) | Dr.ª Anabela Nunes | Professor Doutor António Mário Santos |
| Saúde Mental | 22/01/2024 até 16/02/2024 | ULS São José (HJM) | Dr.ª Paula Casquinha | Prof. Doutor Miguel Talina |
| Medicina Geral e Familiar | 19/02/2024 até 15/03/2024 | USF Vale do Sorraia | Dr. Carlos Ceia | Prof. Doutor Daniel Pinto |
| Pediatria | 18/03/2024 até 19/04/2024 | ULS São José (HDE) | Dr.ª Marta Oliveira | Prof. Doutor Luís Varandas |
| Ginecologia e Obstetrícia | 22/04/2024 até 17/05/2024 | ULS Amadora/Sintra (HFF) | Dr.ª Elsa Landim | Prof. Doutora Teresinha Simões |

Anexo II – Trabalhos do Estágio Profissionalizante

1. Trabalhos REALIZADOS nos estágios parcelares

| ESTÁGIO | TÍTULO | CO-AUTORES |
|--------------------------------------|--|--|
| Cirurgia | “Hérnia com Perda de Domicílio” | Mariana Mourão, Marta Baptista, Sara Silva |
| Medicina | “Abordagem ao Doente com Hipoglicémia” | Ana Pereira, Mariana Mourão |
| Medicina Geral e Familiar | “Pré-Diabetes: a propósito de um caso clínico” | - |
| Pediatria | “Pneumonia Complicada por Derrame Parapneumónico” | Mariana Carmona, Patrícia Rodrigues, Vasco Leonardo |

2. Slides da apresentação "Hérnia com Perda de Domicílio"



NOVA MEDICAL SCHOOL

Hospital Cascais
Dr. José de Almeida

UC de Cirurgia – Estágio Parcelar
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida | Serviço de Cirurgia Geral

Ano letivo 2023/2024

HÉRNIA COM PERDA DE DOMICÍLIO

- Caso Clínico -

Regente: Professor Doutor Rui Malo
Tutores: Dra. Joana Figueiredo
Dr. Gonçalo Costa Jorge
Dr. Ricardo Alves

Daniel Flora Sousa - 2018265 | Mariana Mourão - 2018399 | Marta Baptista - 2018382 | Sara Silva - 2018423

CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO

- Sexo feminino
- 65 anos
- Leucodérmica
- Residente em Almada
- Reformada (antiga empresária)
- Autónoma nas AVDs

HISTÓRIA PROGRESSA

| Antecedentes Médicos | Medicação Habitual |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Obesidade HTA Dislipidemia Síndrome depressiva | <ul style="list-style-type: none"> Losartan 50 mg Rosuvastatina + Ezetimiba 10 + 10 mg Esomeprazol 20 mg Sertralina 100 mg Lorazepam 2,5 mg |

| Antecedentes Cirúrgicos | Hábitos |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1969: Fratura complicada do colo do fémur com colocação de prótese 2007: Histerectomia com anexectomia bilateral | <ul style="list-style-type: none"> Nega hábitos tabágicos, alcoólicos e tóxicos |

31/10/23

CASO CLÍNICO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

2007: **Histerectomia + Anexectomia bilateral**

- Sem intercorrências
- Cicatriz de laparotomia mediana com boa evolução

2008: **Tumefação abdominal na cicatriz da laparotomia mediana**

2018 Junho: **Primeira consulta - Cirurgia Geral (Hospital Garcia de Orta)**

- Desconforto e dor ligeira no local da tumefação
- Exame Objetivo:**
 - Obesidade grau II: IMC 39 Kg/m² (98,5 Kg)
 - Hérnia incisional mediana**
 - Grandes dimensões
 - Peri e infraumbilical
 - Irredutível
 - Colo herniário indefinível

IMC impeditivo para cirurgia de reparação herniária ventral (Elegível se IMC <35kg/m²)

Acompanhada em consulta de obesidade no H. Egas Moniz

TC-AP e Provas de Função Respiratória

31/10/23

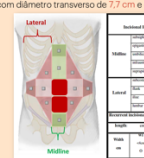
CASO CLÍNICO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

2018 Novembro: **Consulta de seguimento - Cirurgia Geral (Hospital Garcia de Orta)**

- Exame Objetivo:**
 - Aumento do peso corporal → Obesidade grau III: IMC 46 Kg/m² (116 Kg)
- TC-AP (24/08/2018):** "Volumosa hérnia da linha branca estabelecida, evidenciando-se dois defeitos herniários justapostos com diâmetro transversal de 7,7 cm e 5,3 cm"

→ Classificação EHS: **M3-4W2**



IMC permanece impeditivo para cirurgia de reparação herniária ventral (Elegível se IMC <35kg/m²)

Consulta de obesidade: Proposta para **Gastrectomia Vertical VL**

31/10/23

CASO CLÍNICO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

2022 Dezembro: **Gastrectomia vertical calibrada VL (CHLO)**



Adaptado de: Neel PNB et al. ABCD. Ang Brw Cir Dig. 2019;20(1):74-8

Cirurgia e pós-operatório sem intercorrências

31/10/23

CASO CLÍNICO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

2023 Abril: **Consulta de seguimento - Cirurgia Geral (Hospital de Cascais)**

- Exame Objetivo:**
 - Performance Status (ECOG): 0
 - Perda de peso significativa (-30Kg) → Obesidade Grau I: IMC 32 Kg/m² (82 Kg)
- Hérnia incisional mediana**
 - Caracterização: Hérnia incisional mediana peri e infraumbilical, de grandes dimensões, irredutível e dolorosa à palpação
 - Distância dos retos abdominais >2,5 cm
 - Pele atrofada, sem isquémia
 - Atrofia muscular
- Scores de QoL (0-10 ou X):** → HerQoL, Carolinas Comfort Scale, AHSQC
 - Dor nas atividades domésticas: 1
 - Dor em atividades básicas outdoor (caminhar, condução): 2
 - Restrições nas atividades domésticas (calçar meias e calçado): 2
 - Aparência estética no local da hérnia: 10
 - Aparência estética no abdómen: 10

Elegível para cirurgia de correção herniária

Prescrição de exames pré-operatórios

31/10/23

CASO CLÍNICO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

2023 Setembro: **Consulta de seguimento - Cirurgia Geral (Hospital de Cascais)**

- Perda de peso significativa (-40Kg) → Excesso de peso: IMC 28 Kg/m² (72 Kg)

Exames pré-operatórios (Julho 2023)

- Espirometria** Sem alterações
- Ecocardiograma** Hipertrofia ventricular esquerda. Funções sistólica e diastólica normais.
- TC-AP:**
 - Volumosa herniação (eventração) a nível da linha média peri e infraumbilical com diástase dos raios, com uma extensão longitudinal de aproximadamente 11 cm, que se mantém sensivelmente idêntica no estudo realizado com manobra de Valsalva.
 - Herniação de aneis intestinais, quer do intestino delgado, quer de parte do cólon - praticamente todo o cólon direito e parte do sigmóide. A espessura máxima dos músculos retos abdominais é cerca de 1 cm.
 - Defeitos herniários (de cranial para caudal):
 - 1º: 6 cm de diâmetro transversal (localização M3)
 - 2º: 7,7 cm de diâmetro transversal (localização M4, imediatamente abaixo do 1º)

Hérnia ventral incisional complexa da linha mediana (M3-4W2) com perda de domicílio

31/10/23

DIAGNÓSTICO

Hérnia com perda de domicílio:

- Termo amplamente utilizado mas não existe uma definição clara.

"Hérnia irredutível por falta de espaço na cavidade intra-abdominal e cuja redução requer o uso de técnicas reconstrutivas sendo a cirurgia complexa e com riscos de complicações por aumento da pressão intra-abdominal"

- Tanaka** define hérnia com perda de domicílio com base na relação entre o volume do saco herniário e o volume peritoneal total.

Assim,

$$\text{Hérnia com perda de domicílio} = \frac{\text{V. Saco herniário}}{\text{V. Peritoneal total}} > 25\%$$


Adaptado de: Bueno-Llibre J et al. Cir Esp. 2017;95(5):245-53

31/10/23

DIAGNÓSTICO

TC-AP (5/07/2023)



Índice Tanaka = 43%

Conclusão: Doente apresenta uma **hérnia incisional com perda de domicílio**

Do ponto de vista cirúrgico, o encerramento cirúrgico do defeito é um desafio.

Re-aproximação dos extremos aponeuróticos → ↑ Risco de aumento da pressão intra-abdominal → Síndrome do compartimento abdominal

31/10/23

ABORDAGEM

Hérnia incisional de grandes dimensões

TC-AP Dinâmica

- Índice Tanaka < 25%: Defeito transversal máximo < 12 cm → X Técnicas pre-op → Toxina Botulínica → TC-AP Dinâmica → Cirurgia reconstrutiva da parede abdominal
- Índice Tanaka > 25%: Toxina Botulínica + Pneumoperitонеu Progressivo → TC-AP Dinâmica → Cirurgia reconstrutiva da parede abdominal

Adaptado de: Bueno-Llibre J et al. Front Surg. 2020;7:3

31/10/23

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

TOXINA BOTULÍNICA A (TBA)

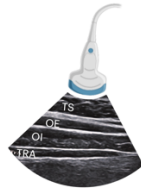
Bloqueia a liberação de acetilcolina nos terminais pré-sinápticos → Paralisia flácida muscular

Modo de administração

Em ambulatório cerca de 5 semanas antes da cirurgia

Através da ecografia da parede abdominal, localizam-se os 3 pontos de infiltração:

- Músculo oblíquo externo
- Músculo oblíquo interno
- Músculo transverso



Administração de Dysport 500 U (18/09/2023)

Buono-Liello J et al. Cir. Exp. 2017;9(5):245-53
Imagens fornecidas pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Cascais, com consentimento

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

TOXINA BOTULÍNICA A (TBA)

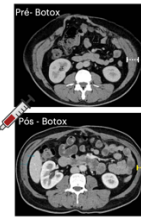
Bloqueia a liberação de acetilcolina nos terminais pré-sinápticos → Paralisia flácida muscular

Objetivos

- Aplicação de toxina botulínica
- Relaxamento dos músculos do complexo lateral do abdômen
- Elongamento + ↓ Tensão muscular
- Facilita a Medialização dos Retos abdominais

Vantagens

- ↓ Risco de SCA
- ↓ Dor no pós-operatório
- Ação sinérgica com PPPI



31/10/23 Imagens de The Radiology Assistant: Abdominal wall hernias. <https://radiologyassistant.nl/abdomen/abdominal-wall-hernias/abdominal-wall-hernias-1>

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

PNEUMOPERITONEU PROGRESSIVO PRÉ-OPERATÓRIO (PPP)

Insuflação da cavidade peritoneal diariamente pré-operatória

Objetivos

Pneumoperitoneu = 3xVH (= 48 L)

CRITÉRIOS P/ SUSPENSÃO

Cumpra pelo menos 1:

V_{max} = 48 L

- Distensão dos flancos
- Intolerância da doente

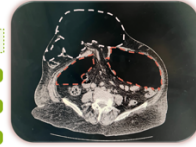
V_{max} = 19,3 L

- Distensão dos flancos
- Intolerância da doente

Vantagens

- ↓ Risco de SCA
- ↑ Função respiratória
- Adesiolise pneumática
- Irritação local: 1 cicatrização

Ação sinérgica com TBA!



Indice Tanaka = 21%

Combinação PPP+TBA foi eficaz!

31/10/23 Buono-Liello J et al. Cir. Exp. 2017;9(5):245-53
Imagens fornecidas pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Cascais, com consentimento

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

CIRURGIA RECONSTRUTIVA (20/10/2023)

1. Separação de Componentes Posterior por via aberta (Rives-Stoppa)

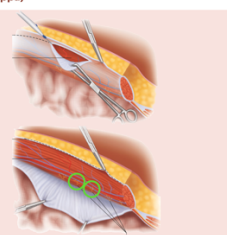
1. Incisão mediana com desinsuflação do PPP

2. Secção de bridas & Adesiolise

Etapa mais delicada da cirurgia!

3. Dissecção do espaço Retro-retal

Incisão da bainha posterior do reto (imagem de cima);
Progressão até à linha semilunar, delimitada pelos feixes vasculo-nervosos perfurantes (imagem de baixo).



31/10/23 Majumder A, Novitsky YM. Facebook of Hernia. 2011;30:225-32
Imagens fornecidas pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Cascais, com consentimento

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

CIRURGIA RECONSTRUTIVA (20/10/2023)

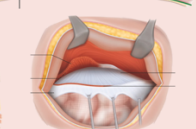
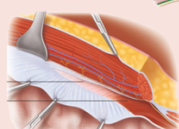
2. TAR direito: Transversus Abdominis Release

1. Exposição do Músculo Transverso do Abdômen (TA)

2. Secção medial do TA

Em simultâneo com ponto 1, (3 imagens de baixo);

3. Medialização do folheto posterior + Prótese retromuscular



31/10/23 Parker SG. BJS. 2020;107:209-17
Majumder A, Novitsky YM. Facebook of Hernia. 2011;30:225-32
Imagens fornecidas pelo serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Cascais, com consentimento

COMPLICAÇÕES

INJEÇÃO TOXINA BOTULÍNICA A PRÉ-OP

Bom Perfil de Segurança
⚠️ Complicações Major

Complicações menor

< 5% dos doentes

- Hematoma superficial
- Dor no local de administração
- Tosse ligeira
- Estermus
- Dor lombar
- Distensão abdominal
- Sentação de instabilidade do tronco
- Reação alérgica

⚠️ Não administrar na presença de:
→ Doença da glândula neuromuscular
→ Doença do neurónio motor

PNEUMOPERITONEU PROGRESSIVO PRÉ-OP

Avaliar risco/benefício

Complicações Major & minor

cerca de 25% dos doentes

- Em relação à colocação do cateter:
 - Perfuração de víscera oca
 - Hematoma hepático/respiratório
 - Infecção/Abcesso
- Em relação à insuflação progressiva de ar:
 - Convulsão (ou orelha)
 - Dor/desconforto abdominal
 - Dispneia/IR
 - Pré-eclâmpsia/Pneumotórax

Administrar doses profiláticas de BOTOX 40mg/dia

Mortalidade <1%

CIRURGIA RECONSTRUTIVA (Rives-Stoppa + TAR)

Complicações Major & minor

em pelo menos 1/3 dos doentes

- Da ferida:
 - Infecção, seroma, hematoma, descolagem da ferida, ferida entero-cutânea, celulite e squamonecrose
- Respiratória:
 - IRA, Pneumonia
- Outras:
 - Perfuração de víscera oca, síndrome compartimental abdominal, LES, neuroma mesentérico

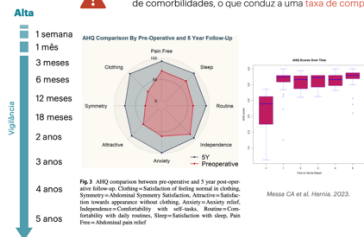
Fatores independentes que ↑ risco de complicações:

- IMC
- Doença pulmonar
- Tabagismo
- DM
- Volume de sangue perdido durante a cirurgia
- Classificação ASA

Mortalidade <1%
Morbidade <5%
Morb. Torax < 2,02%
Morb. Cirúrg. < 10,17% & 12

FOLLOW-UP

Doentes submetidos a esta abordagem terapêutica, por norma, apresentam uma elevada taxa de comorbilidades, o que conduz a uma taxa de complicações e recidiva elevadas



PÓS-OPERATÓRIO REABILITAÇÃO

- Abdominal Com auxílio de corset
- Respiratória Com auxílio de espirometria de incentivo
- Nutricional
- Psicológica

31/10/23 Messer CA et al. Hernia. 2023.

TAKE-HOME MESSAGES

- Define-se imagiologicamente uma hérnia com perda de domicílio quando o índice de Tanaka > 25%.
- Esta é uma patologia com impacto negativo na qualidade de vida, principalmente, estético e psicológico.
- Apresenta uma abordagem desafiadora pela elevada taxa de comorbilidades dos doentes, complexidade terapêutica e complicações associadas.
- Uma otimização do doente no período pré-operatório é essencial para a eficácia terapêutica.



BIBLIOGRAFIA

Davis SA, Brington Casey J. Classification of Ventral and Inguinal Hernias. In: Bittner R, Klocknering F, Fitzgibbon RL, Lelliani KA, Mittal SK, Chowday P (eds). Laparo-endoscopic Hernia Surgery. Springer; 2018. p. 372-93.

Neef PAH, Valadao JA, Malhada O, Torres OJM, Garcia RY, Kistemann FC. Technical modification for sleeve gastrectomy. ABCD (Braz J Dig. 2013;26(3):14-8. doi: 10.1590/S0002-42752013000000096

Buono-Liello J, Torregrosa A, Ballesera N et al. Preoperative progressive pneumoperitoneum and botulinum toxin type A in patients with large incisional hernia. 2017;35:245-53. doi: 10.1093/ajcp/35.02.245

Majumder A, Novitsky YM. Retrospective Hernia Repair and Transversus Abdominis Release. Textbook of Hernia. 2011;30:225-32

Parker SG, Whilliger S, Liang MK et al. Definitions for Loss of Domain: An International Delphi Consensus of Expert Surgeons. BJS. 2020;107:209-17

Buono-Liello J, Carvalho-Da-Silva O, Torregrosa-Da-Silva A, Pires-Serrano B. Preoperative Botulinum Toxin and Progressive Pneumoperitoneum in Loss of Domain Hernias Our First 100 Cases. Front Surg. 2023;9:1234567. doi: 10.3389/frs.2023.1000000

Limón R, Ojeda R, García-Rodríguez A, Álvarez J. Inguinal Hernias with Loss of Abdominal Domain: A New Look to an Old Issue or the Elephant in the Living Room. Literature Review. Chirurgia (Bucur). 2022;16(1):15-23. doi: 10.21644/chirurgia.2628. PMID: 35277498

Santefi F, Chrysiak O, Samonis A, Trayan T. Botulinum Toxin in the Surgical Treatment of Complex Abdominal Hernias: A Surgical Anatomy Approach, Current Evidence and Outcomes. In Vivo. 2021 Jul-Aug;35(4):500-505. doi: 10.21644/chirurgia.2627

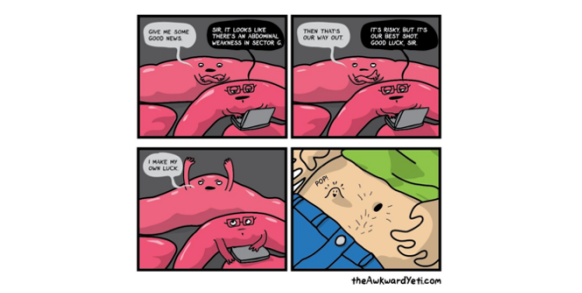
Madden MR, Song J, Dorfick A et al. Short-term safety of preoperative administration of botulinum toxin A for the treatment of large ventral hernias with loss of domain. Hernia. 2014;16:295-299 (2013). doi: 10.1007/s10053-013-0881-1

Buono-Liello J, Martinez-Rodriguez O, Bonafant-Dias S, Garcia-Rodríguez A, Torregrosa-Da-Silva A, Pires-Serrano B. Complications related to the prophylaxis with preoperative pneumoperitoneum in loss of domain hernias: our experience in 162 consecutive cases. Hernia. 2022 Jul 4; doi: 10.1007/s10053-022-02834-8

Kurikyo Y, van Rooijen MMJ, Roubi S, Besseres JM, Lütjens GJ, van der Pijl AM, van der Pijl AM, van der Pijl AM. Preoperative Botulinum Toxin A and Progressive Pneumoperitoneum Through the Use of an Algorithm in Giant Ventral Hernia Repair. Hernia. 2021 Feb;23(2):289-295. doi: 10.1007/s10053-020-02222-2

Angster E, Azara F, Meda-Chavarri S, Gudi J. An early experience with transversus abdominis release for complex ventral hernias: a retrospective review of 100 cases. Hernia. 2021 Apr;23(2):353-364. doi: 10.1007/s10053-020-02222-2

Messer CA, Amis C, Wu ET, Hubshel-Mohles TE, Taveir AA, Throspeller S, Broosh R, Fischer JP. Transversus abdominis release with bioactive mesh for large ventral hernia repair: a 5-year analysis of clinical outcomes and quality of life. Hernia. 2022 Sep 27; doi: 10.1007/s10053-022-02889-7. Epub ahead of print. PMID: 37552233



OBRIGADO!

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Abordagem dirigida

- Fármacos e álcool**
 - Ensino terapêutico
 - Suspensão ou alteração terapêutica
 - Abstinência
- Neoplasias**
 - Cirurgia
 - QT ou RT
 - Referenciar à oncologia...
- Patologias agudas/graves**
 - Abordagem ABCDE
 - Antibioterapia
 - Fluidoterapia
 - Tx dirigida à causa
- Hiperinsulinismo endógeno**
 - Cirurgia
 - Terapêutica farmacológica
- Difícies Hormonais**
 - Clasocorticóides
 - Reposição de outras hormonas
 - Referenciar à endocrinologia
- Psicologia / Psiquiátrica / Adicional**
 - Apoio psicológico/psiquiátrico
 - Apoio de cuidadores
 - Ensino terapêutico

PROGNÓSTICO

Hipoglicemia não tratada

- Diabéticos
 - Life-threatening
 - Aumento da mortalidade
- Não Diabéticos
 - Bom prognóstico

Comorbidades: Diabetes coronária, Hipertensão

COMPLICAÇÕES

Health-related quality of life

- Diminuição da Qualidade de Vida
- Risco de Hipoglicemia
- Inércia terapêutica
- Ausência do emprego
- Implicação nas relações interpessoais
- Custos associados

Health-related outcomes


- Patologia Cardiovascular
- Alterações cognitivas/consciência
- Demência
- Quedas e Fraturas
- Acidentes de viação
- Aumento da mortalidade

TAKE-HOME MESSAGES

- A hipoglicemia é muito frequente na prática clínica, e define-se por uma concentração plasmática de glicose < 70 mg/dL.
- A Diabetes melittica, quase sempre, resulta da combinação de os principais fatores de risco.
- O risco hipoglicémico associado existe face às respostas reguladoras da glicemia plasmática.
- Parante alteração do estado de consciência, devemos sempre excluir hipoglicemia.
- Genalmente, é possível determinar a etiologia com base numa história clínica detalhada.
- Não atentar à insulina da terapêutica para esclarecimento etiológico.
- Após confirmação de hipoglicemia, administrar 15g de HC de absorção rápida, reavaliar 15 min depois e repetir até os níveis de glicose serem > 70mg/dL.
- O prognóstico é pior nos doentes diabéticos podendo estar associado a condições Life-threatening
- A hipoglicemia está associada ao aumento da mortalidade e diminuição da qualidade de vida.


BIBLIOGRAFIA

- Bozzelli A, Alvarado KJ, Dang R et al. C. Diabetic Hypoglycemia. StatPearls. 2023 [citado em 2024]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088888/>
- Casey DJ, Cooper ME. Hypoglycemia. In: Lippincott's Atlas of Internal Medicine, 2nd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2023. pp. 128-30.
- Smith EJ. In: Wang C, Schiffman FJ. Case Essentials of Medicine, 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. pp. 475-7.
- Diabetes AM. O Guia do Internista. 7 ed. São Paulo: Elsevier; 2023. pp. 103-4.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 6. Glycemic Targets. Standards of Medical Care in Diabetes. 2023. Diabetes Care. 2023;46(1):1-26.
- Cyber PE. Lipidic K2 Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus. UpToDate. 2023.
- Valle A. Hypoglycemia in adults without diabetes mellitus. Clinical manifestations, causes and diagnosis. UpToDate. 2023.
- Valle A. Hypoglycemia in adults without diabetes mellitus. Determining the etiology. UpToDate. 2023.
- Valle A. Insulinoma. UpToDate. 2023.
- Valle A. Factitious hypoglycemia. UpToDate. 2023.



OBRIGADO!

4. Slides da apresentação "Pré-Diabetes: a propósito de um caso clínico"



MOTIVO DE ESCOLHA

PORQUE ESCOLHI ESTE CASO?

- Pré-diabetes Inaugural
- HTA refratária

Importância dos estilos de vida

Abordagem centrada nos estilos de vida

Abordagem diagnóstica e terapêutica completa e desafiadora

CASO CLÍNICO

Identificação

A. J. M., sexo M, 64 anos

Genograma

CASO CLÍNICO

Identificação

A. J. M., sexo M, 64 anos

Genograma

NOTA DE CONSULTA

22 fev 2024: Vigilância HTA

Subjetivo

Objetivo

Exame Objetivo

Diagnóstico

Tratamento

Referenciar

NOTA DE CONSULTA

22 fev 2024: Vigilância HTA

Plano

Reavaliação analítica

Consulta em 3M

NOTA DE CONSULTA

22 fev 2024: Vigilância HTA

Plano

Atrasar progresso da DVC

Rastros em vigor (PSOF)

Vacinação

5/5 alarme hernia inguinal

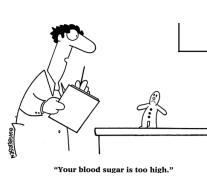
TAKE-HOME MESSAGES

A promoção de estilos de vida saudáveis é essencial tanto para a manutenção da saúde como para atenuar a progressão de diversas patologias.

Assim, a relação médico-doente fulcral para o sucesso das mudanças de hábitos que queremos propor.

Todos as medidas sugeridas devem ser adaptadas e estar alinhadas com a sua identidade e crenças...

...promovendo uma boa aliança terapêutica e maximizando o adesão à terapêutica.



OBRIGADO!

5. Slides da apresentação "Pneumonia complicada por Derrame Parapneumônico"

PNEUMONIA POR DERRAME PARAPNEUMÔNICO
A propósito de um caso clínico

UC Pediatria, Hospital Dona Estefânia
Regente: Prof. Doutor Luís Varandas
Tutores: Dra. Maria Oliveira e Dr. Anasore Casimiro

Orlando Flor Sousa Nº2018265
Mariana Catarina Nº2017402
Fernando Gomes Nº2018402
Vasco Lealinho Nº2018300

Índice

- 01 Epidemiologia
- 02 Fisiopatologia e etiologia
- 03 Clínica
- 04 Diagnóstico
- 05 Abordagem Terapêutica
- 06 Referências bibliográficas

01 Epidemiologia

Epidemiologia

- Derrame parapneumônico: ocorre em 2-12% das crianças com pneumonia → até 28% das crianças hospitalizadas;
- Mais comum na população pediátrica, afetando populações mais novas (<2 anos; 2-4 anos)
- Controla 1/3 de todos os derrames pleurais;
- 40% das pneumonias desenvolvem um derrame pleural → aumento da mortalidade e morbidade.

Prevalência no primário e interno

- Alguns doenças aumentam a sua incidência:
 - Imunodeficiências
 - Neoplasias
 - Síndrome de Down
 - Paralisia cerebral
 - Cardiopatia congénita
 - Primitividade

02 Fisiopatologia e etiologia

Definições

Derrame pleural
Presença de líquido livre entre as camadas parietal e visceral da pleura. Pode ser classificado como **exsudado** ou **transudado**.

Derrame pleural parapneumônico
Colecção de líquido secundária a patologia infecciosa de origem pulmonar (pneumonia ou abscesso).
pH < 7.2
Leucócitos > 100/mm³
Glóbulos vermelhos
LDH > 200 U/L
Líquido

Derrame pleural loculado
Presença de septações contidas no derrame, que estabilizam com o movimento livre do líquido pleural e são causadas por acumulação de resíduos orgânicos...
Detectado por ecografia ou TC.

Empiema pleural
Líquido pleural purulento, também designado por pus.
pH < 7.2
Leucócitos > 1000/mm³
Glóbulos vermelhos
LDH > 200 U/L
Apertura torácica

Fisiopatologia

1 Derrame parapneumônico simples

- Aumento da permeabilidade dos capilares pleurais
- Passagem do fluido intersticial pulmonar da pleura visceral para o espaço pleural.
- Reativo, livre, não contém organismos bacterianos
- Duração: 2 a 3 horas

2 Fase fibrinopurulenta

- Invadido bactérias do espaço pleural através do tecido pulmonar leucócitos, **empiema**
- Aumento da resposta imune → **depósitos de fibrina** → espessamento da exsudado → **coagulação do líquido**
- Pode durar 7 a 10 dias

3 Fase organizacional

- Fibroblastos em ambas as camadas pleurais
- Membrana pouco elástica que restringe a expansão pulmonar (cicatrizes pleurais)
- Ocorre 2 a 4 semanas após o empiema.

Etiologia

| | Porcentagem | Características |
|--|-------------|--|
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> | 25-75% | Mais de 90% metócitos-oxalato |
| <i>Staphylococcus aureus</i> (incluindo MRSA) | 30-50% | |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> | 5-20% | Tipicamente derrames parapneumônicos |
| <i>Streptococcus spp</i> (<i>Streptococcus pyogenes</i>) | 15% | Tipicamente derrames parapneumônicos |
| Vírus | 10% | Tipicamente derrames parapneumônicos não metócitos-oxalato |
| <i>Mycobacterium tuberculosis</i> | 0% | |
| Gram negativos e anaeróbios | Raro | *Apiração/corpo estranho |
| Fungos | Raro | |
| Sem isolamento microbiológico | 25-60% | |

03 Clínica

Caso Clínico: Anamnese

Identificação

Idade: 3 anos
Gênero: Feminino
Nacionalidade: Brasileira
Residência: Riquelme de Moura desde 2022

Antecedentes Pessoais

Sem AP relevantes ou internamentos prévios.
Sem alergias conhecidas; imunizações de acordo com o PNV.

História da doença atual

- 6 dias antes do internamento: inicia um quadro de febre, mal-estar e malgargas, que cedem a paracetamol.

- 2 dias depois teve um episódio de vômitos e diarreia de no dia seguinte, mantendo febre.

- Recorreu ao centro de saúde onde iniciou paracetamol e ibuprofeno de forma intercalada por provável infecção viral.

Caso Clínico: Anamnese

História da doença atual.

- Nos dias anterior ao do internamento inicia um quadro abrupto de tosse com expectoração, prostração, diarreia, diminuição do débito urinário e febre (máx 38.9°C).

- Recorre ao SU do H. de Évora no dia seguinte por agravamento dos sintomas, de onde é transferida para o Hospital Dona Estefânia.

EO & Admissão

- Poligénica (FR 60 cpm)
- Triagem intercostal
- SpO2 90% em ar ambiente
- AP com MV diminuído à esquerda, maciez à percussão de todo o Hemitórax esquerdo

Quando suspeitar de Derrame Parapneumônico?

Apresentação
Aparição de SDR de ambilateralidade mantendo mal estar geral

Sintomas
Febre
Anorexia
Dor Torácica
Dispneia
Prostração

Exame Objetivo
Diminuição do MV
Maciez à percussão
Atrito pleural

04 Meios complementares de diagnóstico

Rx Tórax

Exame de 1ª linha

- Opacificação do recesso costofrênico
- Níveis hidro-aéreos no espaço pleural
- Procurar eventuais diagnósticos diferenciais

Ecografia Torácica

- Confirmação da existência de fluido no espaço pleural
- Volume de derrame
- Presença de septos ou loculações no derrame livre

Toracocentese

Indicado em derrames pleurais moderados a graves

- Avaliar o aspecto do líquido pleural
- Avaliação laboratorial do líquido pleural

MCDTs

Bioquímica
pH, glicose, proteínas, LDH

Microbiologia
Gram e exame cultural

Citologia
Contagem e diferenciação celular.
Leucócitos > 50.000/mm³ → Tipo de Empiema

Outros
Teste de Antígeno a pneumococos, PCR de DNA bacteriano, PCR para *S. pneumoniae* e *S. pyogenes*

Toracocentese

Indicado em derrames pleurais moderados a graves

- Avaliar o aspecto do líquido pleural
- Avaliação laboratorial do líquido pleural

MCDTs

Avaliação analítica

- Hemograma
- Ionograma
- PCR e PCT
- Albumina
- Proteínas totais
- LDH

Gasmetria

Hemoculturas

Culturas de secreções brônquicas

Antigenúria a pneumococcus

Caso Clínico: MCDTs

Raio-X Tórax

Gasometria (venosa)

pH 7.42; pCO2 32; pO2 45;
HCO3 22.3; Na+ 135; K+ 3.8;
Cl 104; Ca 1.14; glicose 84;
Lactato 1.7.

Avaliação analítica

Hb: 9.9 x10⁹ g/L;
Hematócrito: 26.5%;
VGM: 78.2;
Leucócitos: 32.5 x 10⁹/L;
Neutrófilos: 86.5%;
Linfócitos: 4.9%;
Plaquetas: 421 x 10⁹/L;
PCR 342.7 mg/L;
Procalcitonina 2.48 ng/mL;

Caso Clínico MCDTs - Ecografia torácica

Derrame pleural esquerdo multiseptado, que afeta os dois terços inferiores deste hemitórax, com maior espessura de 5,5cm

Caso Clínico MCDTs - Toracocentese

Toracocentese

Aspecto amarelo turvo
Leucócitos: 6931 /ul.
Proteínas 28.7 g/L.
Glicose < 2 mg/dL.
LDH 1893 U/L.

05 Abordagem Terapêutica

Abordagem Terapêutica

Analgesia
Tosse e respiração adaptadas às necessidades do doente para manutenção do conforto do doente

Antipiréticos
Importantes para conforto do doente. Podem mascarar resolução da febre

Oxigenoterapia
Início precoce
Alvo > 92% SpO2

Deambulação precoce
Impacto prognóstico importante

Fluidoterapia
Ingesta diminuída
Perda aumentada (diurese e respiratória)
Via oral ou endovenosa
Vigilância e ajuste

Antibioterapia
Precoce e empírica
Adaptada ao doente

Abordagem Terapêutica

- Via de Administração**
- Endovenosa anti:**
 - 48 horas de apneia após remoção do dreno torácico
 - 5 dias de apneia mantida
 - Oral:**
 - Rápido
 - Clinicamente estáveis
 - Derrame pleural ligeiro
- Duração**
- Mantido até pelo menos 10 dias após resolução da febre
 - Duração mínima de 1 a 4 semanas



Abordagem Terapêutica

| | Antibióticos |
|-------------------------|---|
| Pneumonia da comunidade | Amoxicilina Amoxicilina + Ácido clavulânico Clindamicina |
| Pneumonia Complicada | Ampicilina Ceftriaxona/Cefotaxima Clindamicina (high effect) |
| Pneumonia Nosocomial | Cefalosporina 3ª geração Piperacilina/tazobactam Meropenem |
| Anaeróbios | Clindamicina Meropenem |
| MSSA | Flucloxacilina/Clindamicina |
| MRSA | Vancomicina/Linezolida |

Dreno Torácico

- Quando colocar?**
- Derrame pleural volumoso com persistência de febre e/ou dificuldade respiratória 24h após início de antibioticoterapia
 - Derrame pleural que ocupa > 1/2 hemitórax
 - Derrame pleural loculado
 - Derrame pleural septado



- Derrame pleural**
- Analgésia e sedação endovenosa
 - Anestesia local
 - Localização selecionada se ecografada, tomada, feita mediolateral, 4ª ou 5ª espaços intercostais
- Indicações para:**
- Confirmar sempre posição com radiografia de tórax
 - Não reposicionar dreno funcionando
- Quando retirar?**
- Drenagem inferior a 1ml/kg em 12h
 - Resolução comprovada imagiologicamente

Abordagem Terapêutica

Derrame parapneumônico loculado OU empiema

Fibrinólise (1ª linha)

Indicações:
Derrame parapneumônico
Parapneumônico OU C/ anevria

Procedimento:
Atropina 0,1 mg/kg em NaCl 0,9%
Insular + clonazepam -2h, variável posição
800h - 12h/2h, até 9x ou 4 dias

Max. se:
Fístula bronco-pleural
e melhora > 4 dias

Cirurgia

Indicações:
Falência fibrinólise
Sépsis e/ou abscesso pulmonar
Empiema organizado

Procedimento:
Video Toracoscopia (VATS)
Videotóraxotomia (via aberta)

Drenagem hemática
Mecanização HC/ posicionar suspensão

Somaggio M et al. J Bras J Pneumol. 2016; 42(4): 440-447.

Caso Clínico:

D4 UCIP

Terapêutica + Evolução clínica

Polineia ± Tiragem intercostal:
1,5 - 3 Litros por CHD (emprego alvo 5000 c/dia)

Analgésia:
Paracetamol + Aflentanil 2 µg/kg/h

Antibiototerapia:
Ampicilina + Clindamicina (3 dias)

Protocolo de Fibrinólise

Caso Clínico:

Protocolo de Fibrinólise (tPA)

Dreno: 5º EC/ LMA - bem posicionado (RS)

Drenagem pós-tPA: 700 + 300 ml

Complicações:
Broncospasmo (ketamila) - VM + Doca 4 mg IV
Adrenalia reabilitada (3 sequelas)
Drenagem hemática (3/ repercução HD)

Suspensão de Fibrinólise

D4 UCIP

"Hipertoracoscopia HT sequenciada, melhorada, com áreas de parênquima visíveis no 1º superior"

Caso Clínico:

D4 UCIP

Melhoria clínica + radiológica

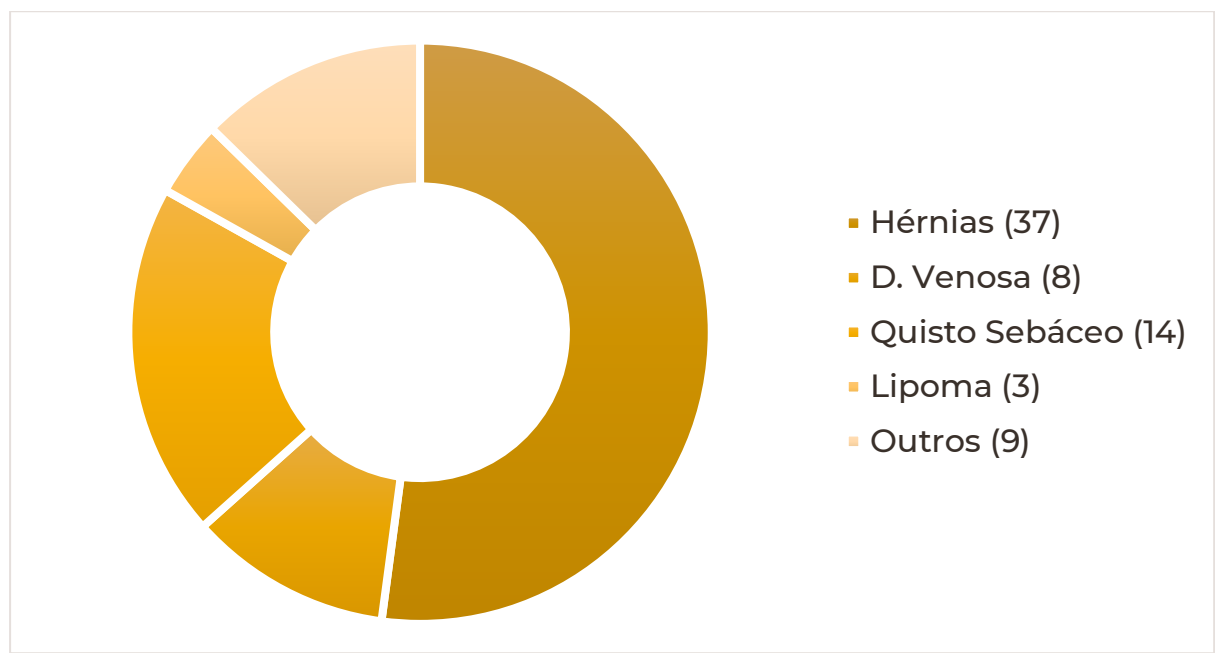
Transferência: Serviço de Infecção

Referências Bibliográficas

- Meira M, Briza V, Pereira J, Moreira P, Knoblich M, Pires P. Protocolo de Atuação Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Curativa Parapneumônico, consultado em Abril 2024.
- Epidemiology, clinical presentation and evaluation of parapneumonic effusion and empyema in children | Management and prognosis of parapneumonic effusion and empyema in children | Thoracotomy tubes and catheters: indication and tube selection in adults and children - UpToDate consultado em Abril de 2024.
- Manual de Diagnóstico e Terapêutica em Pediatria - Livro Verde - 6ª EDICION.
- Sadler M, Dine Y, van Driel M. Surgical versus non-surgical management for pleural empyema. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No. CD010405.
- Griffiths D, Boul M, Rogers T. Evaluation of practice in the management of parapneumonic effusion and empyema in children. Journal of Pediatric Surgery 2018; 53(4): 644-648.
- Guani M, Abad U, Sal P, Page A, Villar O, van Schil P et al. SACTS expert consensus statement for surgical management of pleural empyema. Eur J Cardiothorac Surg 2015; 48: 640-65.
- APSA Outcomes and Clinical Trials Committee. The diagnosis and management of empyema in children: a comprehensive review from the APSA Outcomes and Clinical Trials Committee. Journal of Pediatric Surgery 2012; 47: 2107-2110.
- OSD - Normas OSD 010/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Pneumonia Aguda em Comunidade em Idade Pediátrica.
- Park S-W, Seo S-M, Jeong M, et al. Hypotension in children with respiratory infections: a cross-sectional analysis of a cohort of 2028 patients. Sci Rep 6, 16494 (2016). <https://doi.org/10.1038/srep16494>

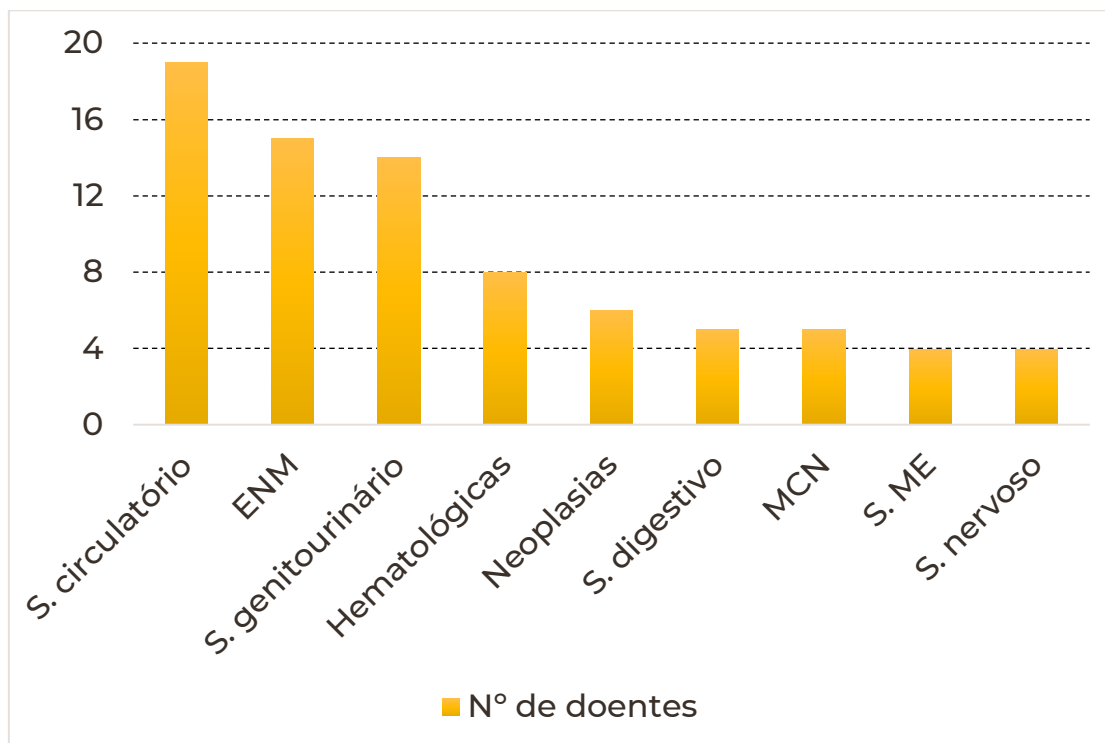
Anexo III – Casuística dos doentes observados (segundo ICD-11)

1. Cirurgia Geral (n=71)



2. Medicina Interna:

a. Segundo motivo de internamento

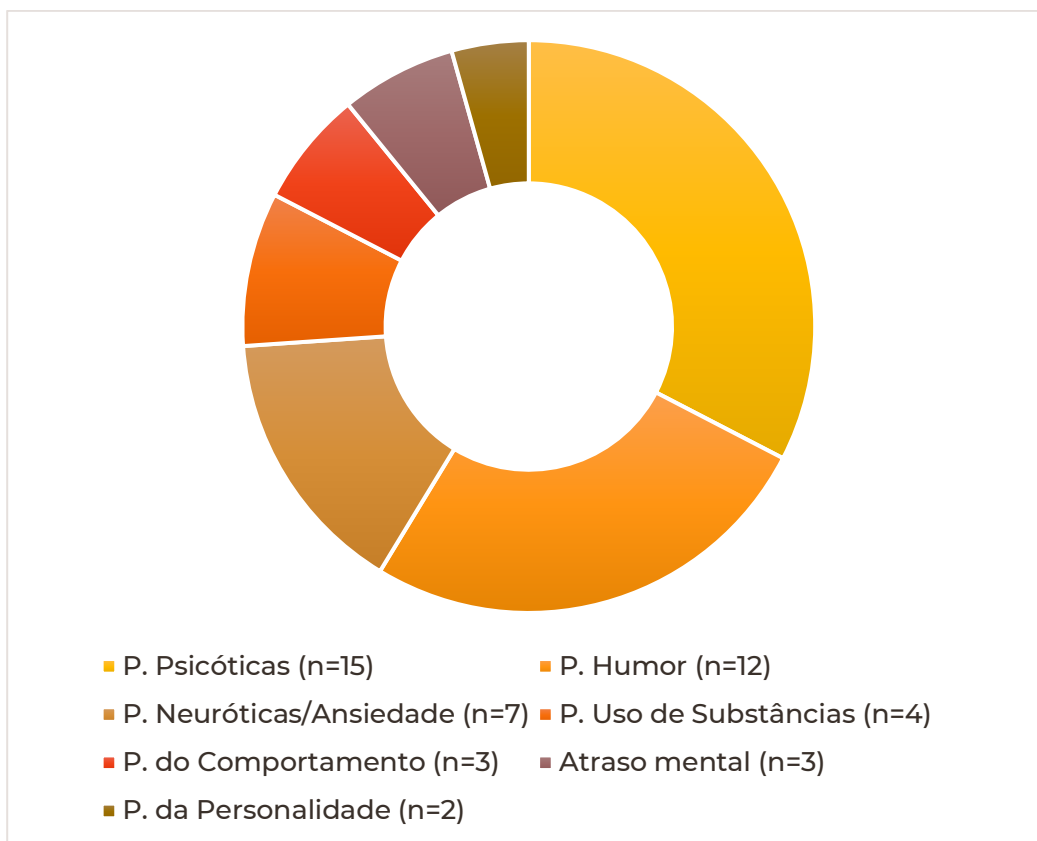


b. Segundo comorbilidades

| Classificação ICD-11 | Co-morbilidades | | Nº doentes |
|--|---------------------------|----------------------|------------|
| Sistema circulatório | Hipertensão arterial | sem LOA | 6 |
| | | com LOA | 9 |
| | Doença cerebrovascular | Aguda | 4 |
| | | Crónica | 4 |
| | Arritmia | Síndrome bradi-taqui | 1 |
| | | Fibrilhação atrial | 4 |
| | | Flutter atrial | 1 |
| | Cardiomiopatia | | 4 |
| | Insuficiência cardíaca | FE preservada | 1 |
| | | FE reduzida | 3 |
| | Doença valvular | | 4 |
| | Estenose carotídea | | 2 |
| | Doença arterial coronária | | 1 |
| | Tromboembolia pulmonar | | 1 |
| | Hipertensão pulmonar | | 1 |
| Doença arterial periférica | Crónica | 1 | |
| Doença venosa crónica | | 1 | |
| Foramen ovale patente | | 1 | |
| Endócrinas, nutricionais e metabólicas | Diabetes mellitus | Tipo 2 | 8 |
| | Dislipidémia | | 6 |
| | Hiperuricémia | | 3 |
| | Hipoglicémia | | 2 |

| | | | |
|--|------------------------------------|-------------------|---|
| | Desnutrição | | 2 |
| | Obesidade | | 2 |
| | Hipotiroidismo | | 1 |
| | Hipertiroidismo | | 1 |
| | Estado hiperglicémico hiperosmolar | | 1 |
| | Défice de α 1-antitripsina | | 1 |
| Sistema genitourinário | Infeção do trato urinário | | 8 |
| | Doença renal crónica | | 7 |
| | Lesão renal aguda | | 2 |
| | Hiperplasia benigna da próstata | | 2 |
| | Estenose da uretra | | 1 |
| Hematológicas | Anemia | | 6 |
| | Poliglobulia | | 1 |
| Sistema respiratório | Pneumonia | | 6 |
| | DPOC | | 4 |
| | Insuficiência respiratória | | 3 |
| | Enfisema | | 1 |
| | SAHOS | | 1 |
| Mental, comportamental ou neurodesenvolvimento | Demência | Não especificada | 3 |
| | Perturbação do uso do tabaco | | 3 |
| | Perturbação depressiva | | 2 |
| | Perturbação bipolar | Tipo 2 | 1 |
| | Perturbação da ansiedade | Não especificada | 1 |
| | Delirium | | 1 |
| | Perturbação do uso do álcool | | 1 |
| Neoplasias | Esófago | Pavimento-celular | 2 |
| | Estômago | | 1 |
| | Fígado | | 1 |
| | Próstata | | 1 |
| | Urotélio | | 1 |
| | Hemangioma | | 1 |
| Sistema digestivo | Acalásia | | 1 |
| | Úlcera péptica | Gástrica | 1 |
| | Gastrite | | 1 |
| | Diverticulose | | 1 |
| | Hemorroidas | | 1 |
| | Pancreatite aguda | | 1 |
| | Doença hepática crónica | | 1 |
| | Encefalopatia hepática | | 1 |
| Sistema músculo-esquelético | Osteoartrite | | 2 |
| | Miopatia dos cuidados de saúde | | 2 |
| | Artrite reumatóide | | 1 |
| | Espondilodiscite | | 1 |
| Sistema neurológico | Síncope | Autonómica | 2 |
| | Disautonomia | | 2 |
| | Doença de Parkinson | | 1 |
| | Neuropatia periférica | Não especificada | 1 |
| Sistema visual | Glaucoma | | 2 |
| Outras infeções | Sépsis | Urossépsis | 1 |

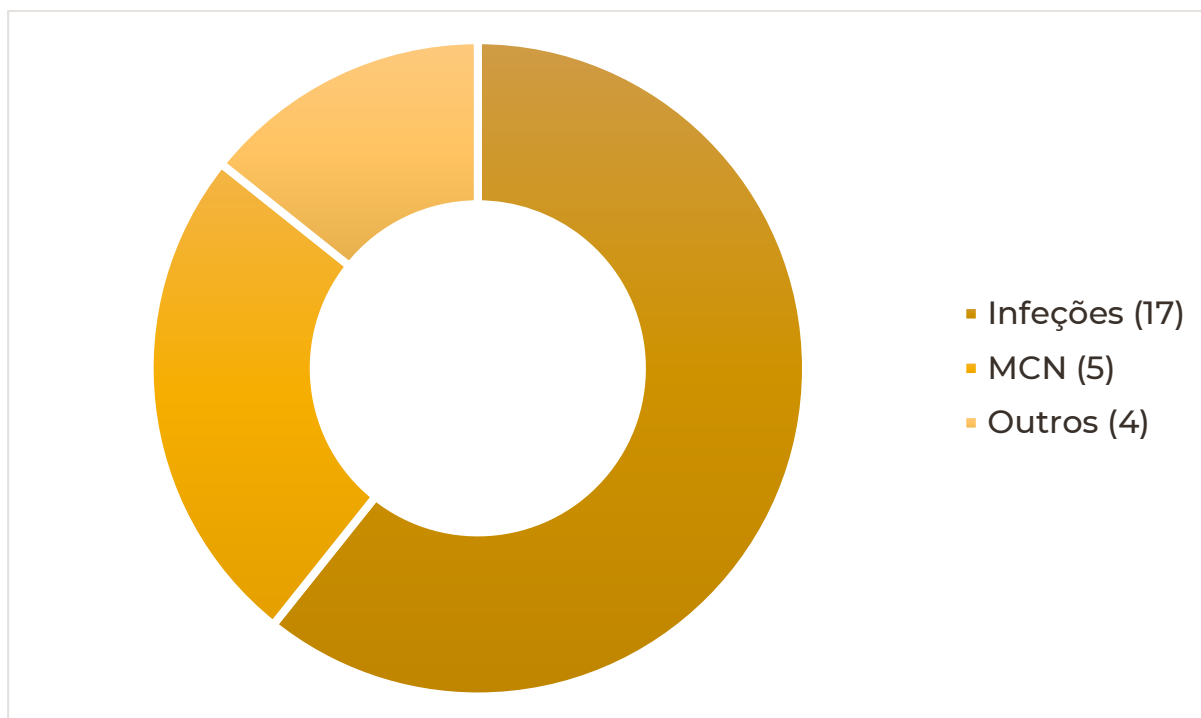
3. Saúde Mental (n=46)



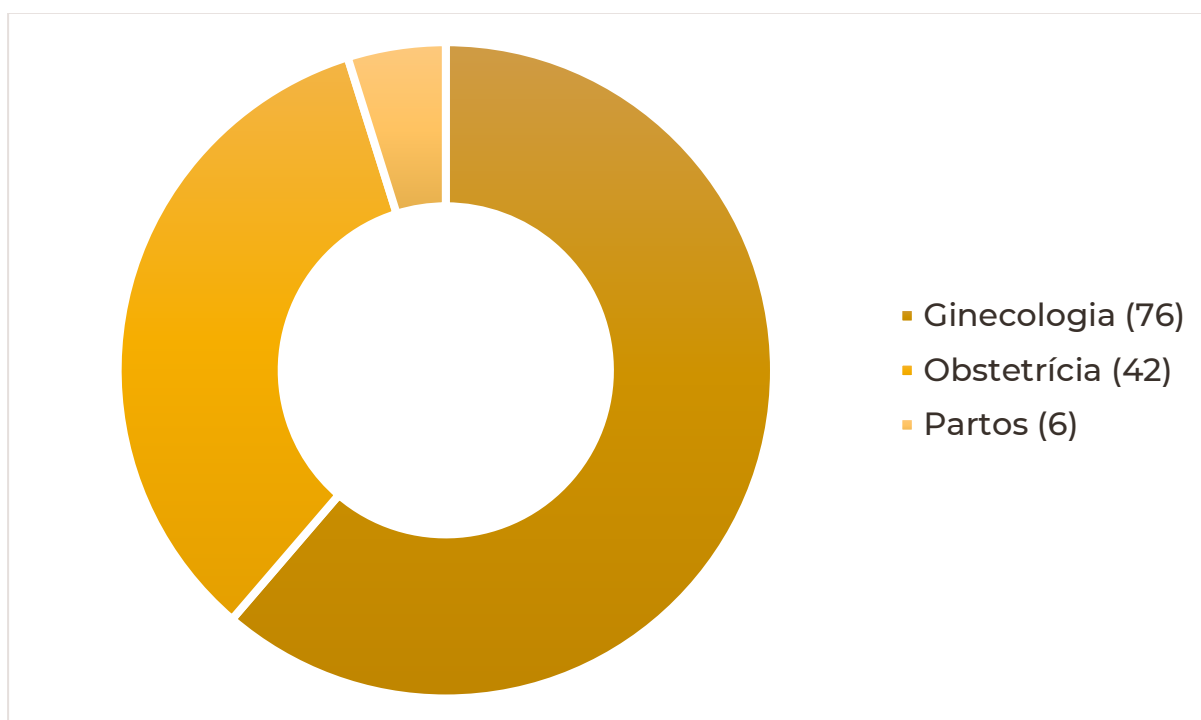
4. Medicina Geral e Familiar (n=155)

| Problemas | N.º consultas |
|---|---------------|
| Principais problemas nas consultas observadas | |
| 1. K86 – Hipertensão sem complicações | 35 |
| 2. R74 – Infecção aguda do aparelho respiratório superior | 23 |
| 3. T83 – Excesso de peso | 21 |
| 4. T93 – Alteração do metabolismo dos lípidos | 19 |
| 5. L86 – Síndrome da coluna com irradiação de dor | 12 |
| 6. T82 – Obesidade | 12 |
| 7. T90 – Diabetes não insulínica | 11 |
| 8. R05 – Tosse | 9 |
| 9. L92 – Síndrome do ombro doloroso | 8 |
| 10. P76 – Perturbação depressiva | 5 |
| Principais problemas nas consultas realizadas em autonomia parcial | |
| 1. K86 – Hipertensão sem complicações | 13 |
| 2. R74 – Infecção aguda do aparelho respiratório superior | 7 |
| 3. T83 – Excesso de peso | 7 |
| 4. T90 – Alteração do metabolismo dos lípidos | 5 |
| 5. L86 – Síndrome da coluna com irradiação de dor | 4 |

5. *Pediatria (n=26)*



6. *Ginecologia e Obstetrícia (n=124)*



Anexo IV – Elementos valorativos

Certificado 1: Participação no Curso TEAM (Trauma Evaluation And Management)



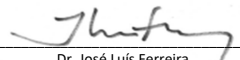
Certificado

Pelo presente se certifica que

DANIEL FLORA MARTINS DE SOUSA

assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 14 e 15 de Setembro de 2023.
O Curso "TEAM" está integrado no currículo do 6º Ano do Mestrado Integrado de Medicina da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. É organizado pelo ATLS Portugal e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia, segundo o formato educativo proposto pelo American College of Surgeons para estudantes de Medicina.


Professor Doutor Rui Maia
Regente U.C. Cirurgia Estágio


Dr. José Luís Ferreira
Coordenador do TEAM/NMS | FCM-UNL

www.atlsportugal.org, Programa ATLS/Sociedade Portuguesa de Cirurgia, atlsportugal@gmail.com
O "TEAM" é uma denominação original do American College of Surgeons

Certificado 2: Participação na Sessão de Simulação



Certificado de
participação

Daniel Flora Martins De Sousa

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS I Setembro 2023

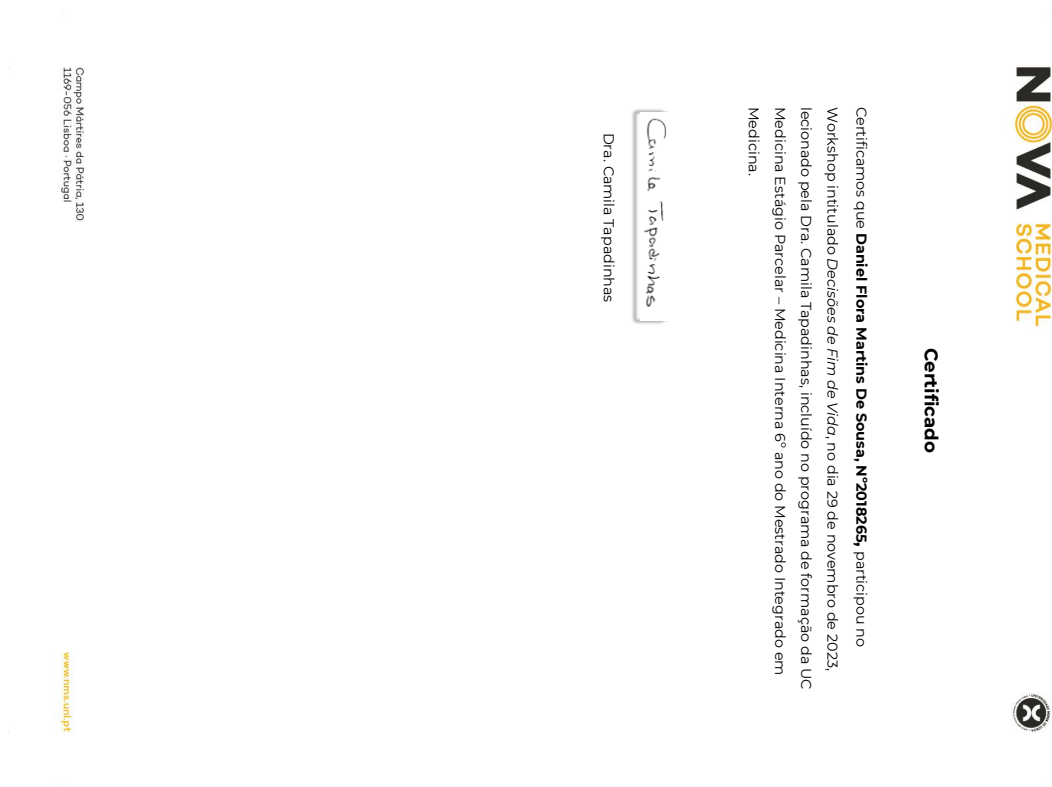
Presencial | 28 de Setembro de 2023 | 3 horas

Código de certificado: C-6501954fce157

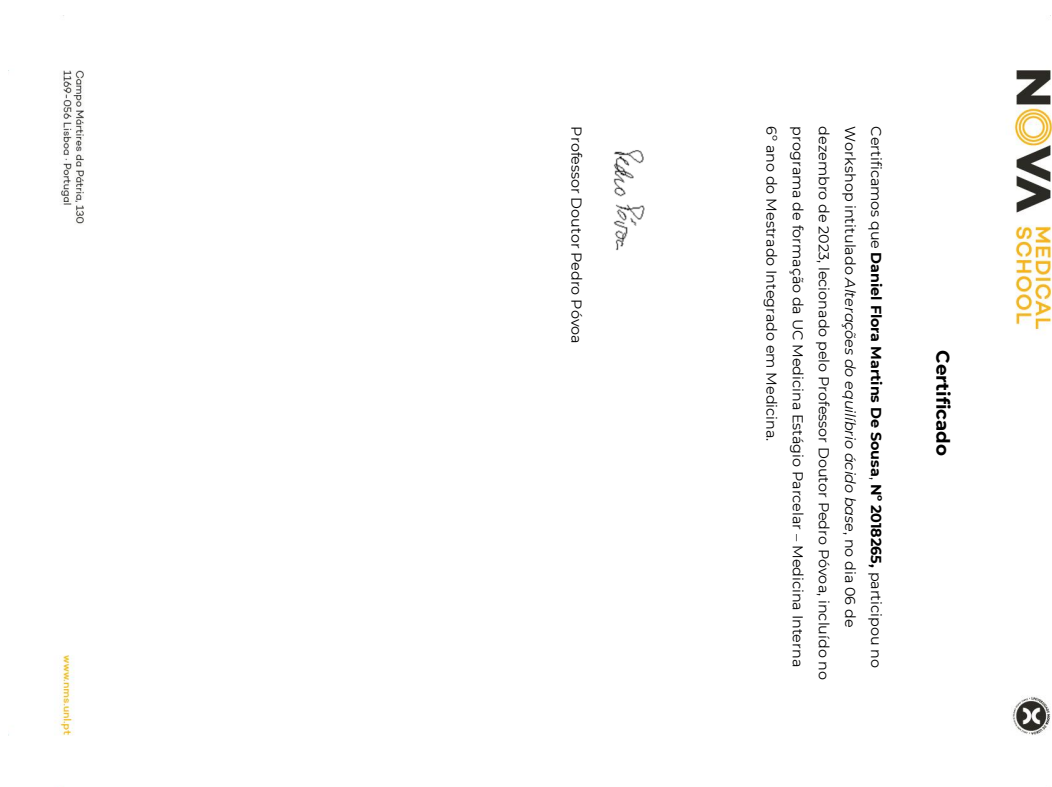
Hospital da Luz Learning Health • hospitaldaluz.pt/learninghealth
Avenida Lusitana, 100, Edifício C, Piso -1 • 1500-650 Lisboa • Portugal
T. +351 217 104 544 • M. +351 967 072 745 • E. learninghealth@hospitaldaluz.pt

LUZ SAÚDE

Certificado 3: Participação no Workshop “Decisões no fim de vida”



Certificado 4: Participação no Workshop “Alterações do equilíbrio ácido-base”



Certificado 5: Participação no FutureMD



CERTIFICADO

A Associação de Estudantes da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas (AENMS) certifica que Daniel Flora Martins de Sousa , CC nº 15812756, participou no congresso FutureMD, no dia 3 de maio de 2024.

Lisboa, 18 de maio de 2024

