
Ano Letivo 2024/2025

Relatório Final de Estágio Profissionalizante

Joana Andrade Vidal | a2019301 | Turma 3

Estágio Profissionalizante 6º ano

Regente: Professor Doutor Rui Maio
Orientadora: Doutora Patrícia Cachado



*“Porque eu vim de longe
Eu vim do meio do mar
Do coração do oceano
Eu tenho a vida inteira”*

-NAPA, “Deslocado”

AGRADECIMENTOS

Com o término do meu percurso enquanto aluna do Mestrado Integrado em Medicina, reconheço a necessidade de deixar agradecimentos a todas as pessoas que moldaram o meu caminho.

Agradeço a todos os colegas, professores, tutores, funcionários e restantes profissionais de saúde por terem feito parte da minha jornada, pela sua transmissão de conhecimento e experiências, por me acolherem com carinho e enriquecerem o meu trajeto.

Considero relevante deixar um agradecimento especial a todos os doentes que se disponibilizaram de bom agrado a partilhar comigo as suas histórias e me permitiram “por a mão na massa”, foram uma parte extremamente importante da minha formação, se não a mais importante.

Aos meus tutores do 6º ano – Professora Doutora Susana Ourô, Doutora Cláudia Mihon, Doutora Ana Luís Falcão, Doutora Joana Azeredo, Doutora Marta Oliveira, Professor Doutor Dusan Djokovic e Doutora Raquel Pinto – deixo um especial agradecimento por me receberem de braços abertos e me proporcionarem experiências de estágios excelentes e ricas, pela sua disponibilidade em ensinar e, acima de tudo, por me proporcionarem exemplos a seguir de profissionais íntegros e de extrema competência.

A todos os meus colegas de curso agradeço pela sua generosidade e sentido de entreajuda, por mostrarem que realmente “Medicina não se faz sozinho”. A todos os meus colegas de estágios durante o curso agradeço pelo seu companheirismo.

Aos meus queridos Emma e Toby – e à minha estrelinha Lucky – agradeço por todo o apoio durante as longas épocas de exames, o vosso carinho foi essencial.

À minha irmã, Sofia, agradeço por ser uma companheira de vida e colega de casa nestes últimos anos, facilitando a rotina do dia-a-dia.

À minha mãe, Dora e ao meu pai, João Paulo, agradeço por todas as oportunidades que me proporcionaram ao longo da vida e por me incutirem o gosto pelo estudo desde o início. Agradeço por todo o apoio incondicional, sendo que mesmo estando longe, foram continuamente o meu porto seguro e amparam sempre as minhas angústias.

Em suma agradeço a todas as pessoas que, de uma maneira ou outra, moldaram o meu percurso e acreditaram em mim, permitindo a que chegasse à fase em que me encontro confiante e esperançosa para o futuro. Um sentido obrigado a todos.

ÍNDICE

1- Introdução e Objetivos.....	1
2- Estágio Profissionalizante.....	1
2.1.- Cirurgia Geral.....	1
2.2.- Medicina Interna.....	2
2.3.- Saúde Mental.....	3
2.4.- Medicina Geral e Familiar.....	4
2.5.- Pediatria.....	4
2.6.- Ginecologia e Obstetrícia.....	5
3- Estágio Clínico Opcional.....	6
4- Elementos Valorativos.....	6
5- Reflexão Final.....	6
6- Anexos.....	9

GLOSSÁRIO

ATLS- *Advanced Trauma Life Support*

AENMS- Associação de Estudantes da NOVA Medical School

ANEM- Associação Nacional de Estudantes de Medicina

CHPL- Centro Hospitalar de Lisboa Central

HUA- Hemorragia Uterina Anómala

HTA- Hipertensão Arterial

HDE- Hospital Dona Estefânia

MGF- Medicina Geral e Familiar

MIM- Mestrado Integrado em Medicina

SO- Serviço de Observação

TEAM- *Trauma Evaluation and Airway Managment*

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

USF- Unidade de Saúde Familiar

1- INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O Estágio Profissionalizante, como o nome indica, tem como principal objetivo a profissionalização do estudante de Medicina, através do contacto com especialidades basilares, constituindo uma etapa essencial na formação pré-graduada. Os estágios que o compõem detêm, na sua maioria, um carácter mais prático, em comparação com anos anteriores. Assim, existe oportunidade de desenvolver competências clínicas, técnicas, comunicacionais e éticas e aplicá-las de forma supervisionada, competências estas que serão essenciais na prática profissional futura. Tendo por base os documentos *O Licenciado Médico em Portugal*¹ e *The Tuning Project*², delinee os seguintes objetivos transversais: 1) Consolidar conhecimentos teóricos e saber aplicá-los na prática; 2) Aperfeiçoar o raciocínio clínico para as patologias mais prevalentes, com correta colheita de anamnese e exame objetivo, sabendo hierarquizar as hipóteses diagnósticas, quais os exames e abordagem terapêutica mais adequados e reconhecer situações de urgência; 3) Praticar gestos e procedimentos médicos adequados à fase de formação pré-graduada; 4) Saber aplicar conceitos de prevenção e promoção de saúde; 5) Agir de acordo com o Modelo Biopsicossocial na abordagem de doentes, tendo sempre em conta as suas crenças, desejos, atitudes e comportamentos; 6) Aprimorar a comunicação com os doentes e familiares, para que esta seja feita de forma empática e eficaz, reconhecendo a individualidade de cada situação e investindo na construção da relação-médico doente; 7) Reconhecer a importância do trabalho em equipa, articulando os cuidados com os restantes profissionais de saúde; 8) Demonstrar capacidade de autoaprendizagem e interesse no desenvolvimento das minhas competências pessoais e clínicas, trabalhando a minha confiança.

O presente relatório visa relatar as atividades desenvolvidas ao longo do 6º ano, com descrição de cada estágio parcelar, nota breve sobre o estágio opcional, elementos valorativos e uma reflexão crítica sobre o meu desempenho durante este ano formativo.

2- ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

A Unidade Curricular Estágio Profissionalizante integra o 6º ano do MIM da NOVA Medical School, sob regência do Professor Doutor Rui Maio e desenvolve-se ao longo de 32 semanas, com 6 estágios parcelares (Anexo 1- Tabela 1.1): Cirurgia Geral, Medicina Interna, Saúde Mental, Medicina Geral e Familiar, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.

2.1- Cirurgia Geral Hospital da Luz de Lisboa | 9 de setembro a 1 de novembro de 2024 | Tutora: Professora Doutora Susana Ourô

O Estágio Parcelar em Cirurgia Geral, coordenado pelo Professor Doutor Rui Maio, decorreu no Hospital da Luz de Lisboa, sob tutela da Professora Doutora Susana Ourô. Como objetivos específicos defini os seguintes: familiarizar-me com terminologia cirúrgica; consolidar os meus conhecimentos de semiologia, diagnóstico e terapêutica das principais patologias cirúrgicas; executar técnicas de assepsia, anestesia, manipulação de instrumentos e pequena cirurgia.

¹ Victorino RM et al.; O Licenciado Médico em Portugal – Core Graduates Learning Outcomes Project; Coord. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2005

² Cumming, A.; Ross, M.; The Tuning Project (Medicine) - Learning outcomes / competences for undergraduate medical education in Europe; ResearchGate, 2008.

Acompanhei a minha tutora nas suas atividades, Bloco Operatório, Pequena Cirurgia e Consulta Externa. No Bloco Operatório observei 14 cirurgias e tive oportunidade de participar como 2ª ajudante algumas vezes, o que me permitia uma visão privilegiada do procedimento e estruturas anatómicas, bem como pude treinar técnicas de assepsia, manuseamento de instrumentos, corte de fios e colocação de agrafos. A cirurgia que vi com maior frequência foi a Hemorroidectomia Excisional (Anexo 3.1.- Gráfico 3.1.1.). Na Pequena Cirurgia pude auxiliar a minha tutora em procedimentos de excisão de quistos sebáceos na zona cervical e na zona interglútea. Na consulta externa pude treinar gestos de exame objetivo, como palpação abdominal e consolidar o raciocínio clínico, através da discussão dos casos com a minha tutora. Assisti a 26 consultas (Anexo 3.1.- Tabela 3.1.1) e o motivo mais frequente foi a avaliação pós-cirúrgica de Recessão Anterior do Reto em doentes com diagnóstico de Adenocarcinoma. Como estágio opcional optei pela Anestesiologia, sob tutela do Doutor José Bismark e colaboradores. Durante 2 semanas pude observar a preparação pré-operatória dos doentes, técnicas anestésicas variadas, manutenção anestésica e da homeostasia, reversão da anestesia e passagem para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e realizei algumas técnicas de forma tutelada (Anexo 3.1.- Gráfico 3.1.2. e Gráfico 3.1.3.). Como componente teórico-prática, frequentei as reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica de tumores gastrointestinais e as sessões clínicas realizadas por diferentes serviços do hospital, com temas de extrema relevância para a prática clínica (Anexo 1- Tabela 1.2.). Participei no curso TEAM, organizado pela ATLS Portugal e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia e na Sessão de Simulação, promovida pela Luz *Learning Health* (Anexo 3.1.- Tabela 3.1.2. e Anexo 4.1.). Por fim, a avaliação consistiu na realização de um trabalho para o Mini-congresso de Cirurgia (Anexo 2.1.) e na discussão do Relatório de Estágio.

2.2- Medicina Interna Hospital Curry Cabral (Medicina 7.2) | 4 de novembro de 2024 a 10 de janeiro de 2025 | Tutora: Doutora Cláudia Mihon

O Estágio Parcelar em Medicina Interna, coordenado pelo Professor Doutor António Mário Santos e pelo Professor Doutor Pedro Póvoa, decorreu no Hospital Curry Cabral, no Serviço Medicina 7.2, sob tutela da Doutora Cláudia Mihon. Como objetivos específicos delinee os seguintes: consolidar o raciocínio clínico para as patologias mais frequentes; treinar colheita de anamnese, realização de gestos de exame objetivo e procedimentos médicos, como gasometrias; familiarizar-me com a redação de documentos clínicos e navegação dos programas informáticos; comunicar de forma eficaz e empática com doentes, familiares e profissionais de saúde.

Durante o estágio integrei a equipa médica nas atividades diárias de enfermaria, acompanhei a minha tutora na Consultoria, Urgência Interna e Hospital de Dia, frequentei a Urgência Externa e observei consultas. Grande porção do estágio foi passada na enfermaria, todos os dias eram-me atribuídos 1-4 doentes e, com a devida supervisão, ficava a cargo de ler os registos prévios, verificava as vigilâncias e intercorrências e depois observava os doentes, redigia o diário clínico e discutia o mesmo com um membro da equipa e questionava sobre o plano diagnóstico e terapêutico, posteriormente realizava pedidos de exames e análises e ajustes terapêuticos.

Destaco o facto de ter realizado notas de entrada, de alta, pedidos de colaboração com outras especialidades, relatórios clínicos a pedido do Serviço Social, com o qual tive muito contacto, e pude apresentar em reunião clínica um caso de um doente que acompanhei durante o estágio. Considero relevante mencionar ter acompanhado alunos do 3º ano, que se encontravam a realizar estágio, na observação de doentes e esclarecimento de dúvidas pontuais. Observei no total 26 doentes, com uma média de idades de 75,7 anos, sendo, então, maioritariamente doentes de idade avançada, com múltiplas comorbilidades associadas. A patologia mais frequente foram as Infecções do Trato Urinário (Anexo 3.2.- Tabela 3.2.1.). Acompanhei, também, a minha tutora na consultoria, onde se atende aos pedidos de colaboração das outras especialidades do hospital, na Urgência Interna, onde se responde às intercorrências dos doentes no Serviço de Medicina, no Hospital de Dia, onde observei doentes a realizar perfusão intravenosa de diurético e na Consulta Externa, onde observei maioritariamente doentes de idade avançada e com múltiplas comorbilidades, como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial (HTA), etc. e analisava-se o seu estado clínico e consequente revisão e otimização terapêutica, de modo a diminuir os fatores de risco cardiovascular. Frequentei também a Urgência Externa, no Hospital de São José, no Serviço de Observação (SO) e Macas (Anexo 3.2.- Tabela 3.2.2.).

Paralelamente, como componente teórico-prática assisti a sessões clínicas (Anexo 1- Tabela 1.2.), aulas lecionadas pelos elementos da equipa médica do serviço (Anexo 3.2.- Tabela 3.2.3.) e participei em dois *workshops* dinamizados pela Unidade Curricular (Anexo 4.2. e Anexo 4.3.).

A avaliação consistiu na realização de um trabalho e apresentação do mesmo ao serviço (Anexo 2.2.) e discussão do Relatório de Estágio.

2.3- Saúde Mental CHPL- Clínica 3 | 20 de janeiro a 14 de fevereiro de 2025 | Tutora: Doutora Ana Luíís Falcão

O Estágio Parcelar em Saúde Mental, coordenado pelo Professor Doutor Miguel Talina, decorreu no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), na Clínica 3, sob tutela da Doutora Ana Luíís Falcão. Como objetivos específicos defini: familiarizar-me com a terminologia de Saúde Mental; identificar semiologia de perturbação psiquiátrica, sabendo distingui-la do funcionamento psicológico normal; compreender as principais abordagens diagnósticas e terapêuticas das patologias mais frequentes; perceber a importância dos fatores sociais na doença psiquiátrica.

A maioria de tempo de estágio foi passado na enfermaria da Clínica 3, um internamento de Psiquiatria Geral. Após a passagem dos doentes pela enfermagem, onde se apresentava principais intercorrências, acompanhava os médicos assistentes na observação dos utentes, analisando técnicas de comunicação e as especificidades de uma entrevista psiquiátrica. Pude reavaliar os doentes ao longo das semanas, vendo a evolução dos quadros psiquiátricos e eficácia das terapêuticas instituídas. Também assisti a entrevistas familiares, momentos importantes para avaliar a personalidade pré-mórbida dos utentes, complementar os eventos da história atual e perceber o contexto social e cultural. Acompanhei 31 doentes, a patologia mais observada foi a Perturbação Afetiva Bipolar (Anexo 3.3.- Gráfico 3.3.1.). Frequentei o Serviço de Urgência no

Hospital de São José e observei 6 doentes, sendo a Perturbação Psicótica o motivo prevalente (Anexo 3.3.- Tabela 3.3.1). Assisti semanalmente à Reunião de Serviço, onde são apresentados os utentes internados e discute-se dúvidas quanto à sua gestão.

Paralelamente, como componente teórico-prática, assisti a sessões clínicas (Anexo 1- Tabela 1.2.) e às aulas lecionadas pelo Professor Doutor Pedro Rodrigues (Anexo 3.3.- Tabela 3.3.2.).

A avaliação consistiu na realização de uma História Clínica e discussão do Relatório de Estágio.

2.4- Medicina Geral e Familiar USF Jardim dos Plátanos | 17 de fevereiro a 14 de março de 2025 | Tutora: Doutora Joana Azeredo

O Estágio Parcelar em Medicina Geral e Familiar, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Pinto, decorreu na USF Jardim dos Plátanos, sob tutela da Doutora Joana Azeredo. Como objetivos específicos tracei os seguintes: aprimorar o raciocínio clínico para as patologias mais prevalentes nos cuidados de saúde primários, sabendo marcha diagnóstica e terapêutica; ser capaz de conduzir uma consulta em autonomia parcial; familiarizar-me com os registos clínicos em MGF e saber navegar os programas eletrónicos; perceber a importância do contexto biopsicossocial na abordagem dos doentes; familiarizar-me com o funcionamento da USF.

Acompanhei a atividade clínica da minha tutora, observei consultas de Saúde de Adultos, Doença Aguda, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Planeamento Familiar e realizei consultas em autonomia parcial. Realizei registos clínicos, colhi anamnese, executei gestos de exame objetivo e treinei procedimentos médicos (colheita de co-teste). Observei 81 consultas, maioritariamente Saúde de Adulto e o problema mais frequente foi a HTA sem complicações. Realizei 15 consultas em autonomia parcial, maioritariamente de Doença Aguda e novamente o problema mais comum foi a HTA sem complicações (Anexo 3.4.- Gráfico 3.4.1. e Tabela 3.4.1.).

A avaliação consistiu na apresentação de um Caso Clínico (Anexo 2.3.) e discussão do Diário de Exercício Orientado.

2.5- Pediatria Hospital Dona Estefânia (UCIP) | 17 de março a 11 de abril de 2025 | Tutora: Doutora Marta Oliveira

O Estágio Parcelar em Pediatria, coordenado pelo Professor Doutor Luís Varandas, decorreu no Hospital Dona Estefânia, na UCIP, sob tutela da Doutora Marta Oliveira. Como objetivos específicos defini: cimentar o raciocínio clínico para as patologias pediátricas mais prevalentes; contactar com diferentes valências da especialidade; compreender as especificidades das crianças, consoante a fase de desenvolvimento; treinar a comunicação com crianças e familiares. Durante o estágio pude acompanhar a atividade clínica da minha tutora na UCIP, assistia à reunião inicial de passagem de doentes e de seguida prosseguia para a observação dos mesmos, culminando num total de 16 doentes, onde a patologia mais frequente foi a queimadura grave. Para além disto, pude realizar outras atividades organizadas pela minha tutora e pela coordenação do estágio. Frequentei enfermarias de outros serviços, nomeadamente: a enfermaria de Infeciologia, onde observei 10 doentes e a patologia mais prevalente foi Encefalite e a enfermaria de Medicina 5.1., onde observei 6 doentes e a patologia mais frequente foi Bronquiolite viral (Anexo 3.5.- Tabela 3.5.1). Pude observar consultas das seguintes especialidades:

Endocrinologia, assistindo a 9 consultas e a patologia mais frequente foi a Diabetes Mellitus tipo 1; Imunoalergologia, onde observei 6 consultas e a patologia mais prevalente foi a Rinite Alérgica e Cardiologia Pediátrica, assistindo a 6 consultas e a patologia mais frequente foi Forámen Oval Patente (Anexo 3.5.- Tabela 3.5.2.). Por fim, frequentei a Urgência Externa, observando crianças triadas como verdes, amarelas e no SO, podendo experienciar um leque variado de patologias, com diferentes graus de gravidade. Observei um total de 25 utentes e o motivo mais frequente foi a tosse (Anexo 3.5.- Tabela 3.5.3.).

A componente teórico-prática consistiu em Sessões Clínicas (Anexo 1- Tabela 1.2.) e na aula de Anafilaxia, lecionada pela Dr.ª Paula Leiria Pinto, chefe do Serviço de Imunoalergologia do HDE. A avaliação consistiu na realização de uma História Clínica, realização de uma apresentação para o Seminário Final (Anexo 2.4.) e discussão do Relatório de Estágio.

2.6- Ginecologia e Obstetrícia Hospital Cuf Descobertas | 22 de abril a 16 de maio de 2025 | Tutor: Professor Doutor Dusan Djokovic

O Estágio Parcelar em Ginecologia e Obstetrícia, coordenado pela Professora Doutora Teresinha Simões, decorreu no Hospital Cuf Descobertas, sob tutela do Professor Doutor Dusan Djokovic. Como objetivos específicos defini: cimentar o raciocínio clínico para as principais patologias ginecológicas; contactar com a mulher nas diferentes fases reprodutivas; compreender as especificidades do exame ginecológico; entender as diferentes valências da especialidade; consolidar a vigilância de uma gravidez normal; observar e participar em diferentes tipos de parto. Durante o estágio pude contactar com as diferentes valências da especialidade. Primeiramente nas consultas observei 34 consultas de ginecologia, onde a patologia mais frequente foi a Hemorragia Uterina Anómala (HUA), 29 consultas de obstetrícia, maioritariamente vigilância normal da gravidez e 8 consultas de senologia, maioritariamente por vigilância de patologia benigna (Anexo 3.6.- Tabela 3.6.1.). Assisti a diversos exames complementares de diagnóstico, uma área prevalente da especialidade: ecografias obstétricas e ginecológicas, colposcopias e histeroscopias (Anexo 3.6.- Tabela 3.6.2.). No Bloco Operatório assisti maioritariamente a cirurgias de ambulatório, como ressectoscopias por via vaginal para remoção de pólipos do endométrio e pude participar como 2ª ajudante numa Histeroscopia Total por Laparotomia, permitindo-me o manuseamento de instrumentos e corte de fios e proporcionou-me uma experiência imersiva (Anexo 3.6.- Tabela 3.6.3.). Realizei um total de 48h de urgências, que consistiam no Bloco de Partos, onde participei como 2ª ajudante em 15 cesarianas e observei 4 partos vaginais (Anexo 3.6.- Gráfico 3.6.1.) e no Atendimento Permanente, onde assisti à gestão de utentes com patologia ginecológica ou obstétrica de carácter urgente, tendo observado 16 utentes, a causa ginecológica mais prevalente foi a HUA e obstétrica a dor abdominal na grávida (Anexo 3.6.- Gráfico 3.6.2.). Como componente teórico-prática, assisti às Sessões Clínicas (Anexo 1- Tabela 1.2.) e participei no *Workshop “The Woman”*, promovido pela Unidade Curricular (Anexo 3.6.- Tabela 3.6.4.). A avaliação consistiu na realização de uma apresentação de um artigo científico (Anexo 2.5.) e na discussão do Relatório de Estágio.

3- ESTÁGIO CLÍNICO OPCIONAL Hospital Curry Cabral | 19 a 30 de maio de 2025 | Tutora: Doutora Raquel Pinto

Decidi realizar o Estágio Clínico Opcional no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Curry Cabral. Escolhi este estágio por Infeciologia ser uma das minhas áreas de interesse e das minhas principais hipóteses de escolha de especialidade e queria aprofundar o meu conhecimento quanto à funcionalidade da mesma. Realizei o estágio sob tutela da Doutora Raquel Pinto, acompanhando-a diariamente na observação dos doentes internados no serviço, maioritariamente por Tuberculose e assisti a consultas de HIV. Esta experiência consolidou o meu gosto pela especialidade, mantendo-se como uma das minhas principais hipóteses.

4- ELEMENTOS VALORATIVOS

Complementarmente aos Estágios Parcelares, participei em congressos com o objetivo de expandir o meu conhecimento científico, assistindo a palestras e realizando *workshops*.

Primeiramente participei na 11ª edição do Congresso Nacional de Estudantes de Medicina, organizado pela ANEM, realizei os *workshops* “Musicoterapia” e “Medicina e Cinema” e assisti a palestras com diversos temas atuais (Anexo 4.5.). Participei no evento MedInnovate- Dia da Educação Médica, promovido pela AENMS, tendo realizado *workshops* para ficar a conhecer a área de Educação Médica (Anexo 4.6.). Participei na 16ª edição da *iMed Conference*, organizado pela AENMS, realizei os *workshops* “Body Interact” e “Medicina Culinária” e assisti a palestras com temas relevantes para o avançar do conhecimento científico na saúde (Anexo 4.7., Anexo 4.8. e Anexo 4.9.). Participei nas Estoril Conferences, na NOVA SBE, onde assisti a palestras e refleti sobre ideias de melhoramento dos cuidados de saúde à escala mundial (Anexo 4.10.). Participei na 2ª edição do congresso *Killing Us Softly*, pela ANEM, assisti a palestras com temáticas de Saúde Pública emergentes (Anexo 4.11). Participei na 7ª edição do *FutureMD*, pela AENMS, assisti a palestras com temas que abordavam as possibilidades existentes para o nosso futuro profissional, de forma a podermos tomar decisões conscientes (Anexo 4.12.). Por fim, realizei o curso *online* “Literacy in AI Translations for Healthcare Settings”, desenvolvida por especialistas em tradução e comunicação da NOVA FCSH e da Universidade de Leiden, que oferece ferramentas práticas para usar a tradução automática de forma crítica e consciente (Anexo 4.13).

5- REFLEXÃO CRÍTICA

Findo o Estágio Profissionalizante do 6º ano e, consequentemente, o Mestrado Integrado em Medicina, considero relevante realizar uma **análise retrospectiva** sobre o meu percurso, com especial enfoque neste último ano. Irei fazer uma reflexão individualizada de cada Estágio Parcelar e uma apreciação global deste ano, refletindo sobre os conhecimentos e competências adquiridas, o cumprimento dos objetivos estabelecidos e dificuldades sentidas.

O ano iniciou-se com o Estágio de **Cirurgia Geral** e acompanhei as atividades clínicas da área de Colorretal. Este estágio decorreu-se numa instituição privada, contrastando-se com a minha experiência de estágio do 3º ano do MIM, percebendo as diferenças de funcionalidade entre ambos. Pude assistir a consultas e observar procedimentos no Bloco Operatório e destaco o facto de ter conseguido acompanhar certos doentes em todas as fases da sua gestão, maioritariamente

em casos de patologia hemorroidária e herniária, com o diagnóstico em consulta, observação do procedimento cirúrgico terapêutico e reavaliação pós-operatória, permitindo-me uma visão abrangente de todo o processo. Considero uma mais-valia ter participado como 2ª ajudante, possibilitando o treino de assepsia, manuseamento de instrumentos e tendo uma visão privilegiada dos procedimentos e estruturas anatómicas. Destaco a possibilidade da realização de um estágio complementar numa especialidade com interligação à Cirurgia Geral, Anestesiologia, onde observei um leque variado de técnicas e realizei algumas. Como ponto negativo destaco o pouco contacto com a vertente das Urgências, limitando o treino de técnicas de pequena cirurgia, fundamentais para a minha prática profissional futura. Mesmo assim, considero que atingi os meus objetivos, tendo sido um estágio muito enriquecedor.

O Estágio de **Medicina Interna** revelou-se um dos mais desafiantes, pela primeira vez senti que estava realmente integrada numa equipa médica, o que ao início foi um pouco intimidante, mas importante para a construção da minha confiança. Apesar de estar sempre sob supervisão e não ter verdadeiramente autonomia, foram-me dadas responsabilidades incrementais, que me permitiram experiência prática e ganho de competências essenciais e considero que atingi todos os objetivos que delinee. Em contraste com os restantes estágios do 6º ano, a população de doentes com que contactei em Medicina Interna consistiam em pessoas de idade avançada e com múltiplas comorbilidades, tendo de verdadeiramente olhar para o doente na íntegra e não apenas tratar a doença aguda com que se apresentava. Por vezes tive de contactar com pessoas em situação de fim de vida e lidar com a sua morte, refletindo sobre a inevitabilidade da mesma e a importância do conforto e dignidade nestes momentos. Também considero relevante destacar o contacto que tive com doentes em estado de fragilidade social, que impede a alta e acarreta riscos para a saúde e leva à sobrecarga dos serviços, pelo que é emergente que o Estado encontre soluções sustentáveis para a gestão destes casos. Como aspeto negativo destaco apenas os escassos recursos humanos no serviço, que me limitaram a realização de atividades fora da enfermaria, como as Urgências Externas, no entanto afirmou a minha sensação de utilidade. Com este estágio cresci muito, não só como aluna e futura profissional, mas também como pessoa, sendo uma das experiências mais valorativas do meu percurso académico.

Quanto ao estágio em **Saúde Mental**, este foi uma etapa fundamental no meu percurso académico, permitiu-me desmistificar estigmas associados à especialidade e aos doentes que alberga e compreendi a importância de diferentes fatores na génese da patologia psiquiátrica, não só a biologia e genética, mas também das vivências de vida, meio social, económico e cultural de inserção das pessoas. Esta foi a primeira vez a realizar estágio em Psiquiatria numa instituição pública, sendo o primeiro contacto com a Lei de Saúde Mental, percebendo a sua importância e critérios. Considero que atingi globalmente os meus objetivos, compreendendo o funcionamento da especialidade e adquirindo competências científicas e humanas. Como pontos negativos destaco o carácter observacional do estágio, dificultando o treino da entrevista psiquiátrica e o

pouco contacto com outras valências da especialidade, sendo que um sistema rotativo poderia ser uma alternativa interessante e estimulante.

O estágio em **Medicina Geral e Familiar** destaca-se, à semelhança de Medicina Interna, pelo seu carácter verdadeiramente profissionalizante. A realização de consultas em autonomia parcial contribuiu para o desenvolvimento de técnicas comunicacionais, sistematização da abordagem das patologias mais prevalentes na comunidade e domínio do sistema informático. Considero que consegui alcançar todos os objetivos que estabeleci, pelo que esta experiência foi muito proveitosa. Será relevante destacar que este estágio me permitiu um verdadeiro contacto com o papel preventivo da Medicina, através da promoção de estilos de vida saudável e realização dos rastreios populacionais. Na abordagem dos doentes procurei sempre compreender o seu contexto familiar e socioeconómico, adaptando a abordagem diagnóstica e terapêutica consequente às suas especificidades, percebendo de uma forma prática a importância de olharmos para além da doença aguda. Como aspeto menos positivo, destaco não ter realizado visitas domiciliárias, que poderia ter sido uma experiência enriquecedora.

O estágio em **Pediatria** é uma etapa fundamental no percurso académico, levando ao reconhecimento das especificidades inerentes à faixa etária. Pude experienciar diversas valências, permitindo uma visão abrangente da especialidade e o contacto com as patologias mais comuns em diferentes níveis de gravidade. Assim, considero que consegui atingir os objetivos que estabeleci, tendo sido um estágio extremamente enriquecedor. Como ponto negativo destaco apenas o escasso contacto com adolescentes, que requerem uma abordagem própria na comunicação e plano terapêutico.

O estágio em **Ginecologia e Obstetrícia** destacou-se pela sua organização, que me permitiu o contacto com as diferentes valências da especialidade, uma mais-valia para o entendimento da funcionalidade da mesma e considero que contribuiu para que eu conseguisse atingir os objetivos que estabeleci. Tive contacto com diversas patologias da Saúde da Mulher, podendo sistematizar a sua abordagem. Considero uma mais-valia, à semelhança de Cirurgia Geral, a possibilidade de ter sido 2ª ajudante em cesarianas e outros procedimentos cirúrgicos. No entanto, como ponto negativo, destaco a falta de oportunidade de realizar exame objetivo ginecológico, limitando a minha aprendizagem nessa área.

Destaco todas as atividades teórico práticas – sessões clínicas, aulas, workshops – e congressos, por contribuírem para a expansão do meu conhecimento, que é imperativo estar sempre em construção. Manter-me atualizada será um compromisso a manter durante toda a minha carreira. Este foi um ano desafiante, repleto de atividades que me permitiram adquirir ferramentas para lidar com os novos desafios que se avizinham. Considero que atingi todos os objetivos que estabeleci, terminando com uma sensação de dever cumprido e esperançosa para o futuro, levando todos os ensinamentos técnicos e humanísticos. Agradeço a todos os que moldaram o meu percurso e confesso entusiasmo para a nova fase que se aproxima.

6- ANEXOS

Anexo 1- Atividades do Estágio Profissionalizante

Tabela 1.1.- Cronograma do Estágio Profissionalizante

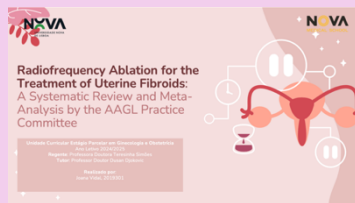
Estágio	Coordenador de estágio	Período de Estágio	Tutor(a)	Local de Estágio
Cirurgia Geral	Professor Doutor Rui Maio	9 de setembro a 1 de novembro de 2025	Professora Doutora Susana Ourô	Hospital da Luz de Lisboa
Medicina Interna	Professor Doutor António Mário Santos e Professor Doutor Pedro Póvoa	4 de novembro de 2024 a 10 de janeiro de 2025	Doutora Cláudia Mihon	Hospital Curry Cabral (Medicina 7.2.)
Saúde Mental	Professor Doutor Miguel Talina	20 de janeiro a 14 de fevereiro de 2025	Doutora Ana Luís Falcão	CHPL- Clínica 3
Medicina Geral e Familiar	Professor Doutor Daniel Pinto	17 de fevereiro a 14 de março de 2025	Doutora Joana Azeredo	USF Jardim dos Plátanos
Pediatria	Professor Doutor Luís Varandas	17 de março a 11 de abril de 2025	Doutora Marta Oliveira	Hospital Dona Estefânia (UCIP)
Ginecologia e Obstetrícia	Professora Doutora Teresinha Simões	22 de abril a 16 de maio de 2025	Professor Doutor Dusan Djokovic	Hospital Cuf Descobertas

Tabela 1.2.- Sessões Clínicas assistidas durante o Estágio Profissionalizante

Estágio	Tema da Sessão Clínica	Data
Cirurgia Geral	"Há vida para além da morte"	25/09/2024
	"Quando o tratamento é tão mau como a doença"	02/10/2024
	"Anatomia Patológica: A step by step tutorial"	30/10/2024
Medicina Interna	"Papel da Finerenona na Insuficiência Cardíaca"	12/11/2024
	"Listagem de Medicamentos Usados na Medicina 7.2."	03/11/21
	"Utilização da Ecografia na Enfermaria de Medicina"	09/12/2024
	"Hiperuricemia: A propósito de um folheto de informação médica"	07/01/2025
Saúde Mental	"Perturbações da Personalidade"	20/01/2025
	Debate Perturbação da Personalidade <i>Bordeline</i> vs Perturbação Afetiva Bipolar	07/02/2025
Pediatria	"Método <i>Feed and Wrap</i> "	25/03/2025
	"Hemorragia Uterina Anómala e Coagulopatia na Adolescência"	01/04/2025
	"TCE pediátrico ligeiro: Análise retrospectiva das lesões traumáticas em TC, sequelas funcionais e a regra PECARN"	08/04/2025
Ginecologia e Obstetrícia	"SIU-LNG vs histeroscopia no tratamento de distúrbios por istmocolo"	24/04/2025
	"Do corte à sutura: abordagem prática das lesões perineais"	15/05/2025

Anexo 2- Trabalhos realizados durante o Estágio Parcelar

Tabela 2.1.- Trabalhos realizados em cada Estágio Parcelar

Estágio	Tema	Co-autores	Capa da Apresentação
Cirurgia Geral	"Duodenum Under Pressure"	Eduardo Costa, Luís Fialho, Ricardo Balula	 The cover features the title "Duodenum Under Pressure" in bold black font, with the subtitle "A Clinical Case of Superior Mesenteric Artery Syndrome". It includes logos for Hospital da Luz and NOVA Medical School, and lists the authors: Eduardo Costa, Luís Fialho, and Ricardo Balula.
Medicina Interna	"Complicações Agudas da Diabetes"	Beatriz Morgado, Diogo Neno, Manuel Gomes	 The cover has a dark blue background with the title "COMPLICAÇÕES AGUDAS DA DIABETES" in large white and yellow letters. It features an illustration of a hand with a glucose meter and lists the authors: Beatriz Morgado, Diogo Neno, and Manuel Gomes.
Medicina Geral e Familiar	Apresentação de Caso Clínico	N/A	 The cover has a light orange background with the title "Caso Clínico" in blue and red. It features an illustration of a female doctor and lists the author: João Vitor.
Pediatria	"Estado de Mal Epilético em Idade Pediátrica"	Afonso Gaspar, Bernardo Bento, Maria Ana Martins, Rita Aires	 The cover has a light green background with the title "Estado de Mal Epilético em Idade Pediátrica" in black. It features an illustration of a baby being held and lists the authors: Afonso Gaspar, Bernardo Bento, Maria Ana Martins, and Rita Aires.
Ginecologia e Obstetrícia	"Ablação por Radiofrequência no Tratamento de Fibromas Uterinos"	N/A	 The cover has a light pink background with the title "Radiofrequency Ablation for the Treatment of Uterine Fibroids: A Systematic Review and Meta-Analysis by the AAGL Practice Committee". It features an illustration of a uterus with fibroids and lists the authors: Afonso Gaspar, Bernardo Bento, Maria Ana Martins, and Rita Aires.

Anexo 2.1.- Trabalho “Duodenum Under Pressure”, Cirurgia Geral

Duodenum Under Pressure

A Clinical Case of Superior Mesenteric Artery Syndrome

Estágio Parasol - Cirurgia Geral
Hospital da Luz Lisboa

Responsável do estágio: Prof. Dr. Rui Mau
Tutores: Prof. Dr. Susana Cruz e Dr. João Ribeiro de Andrade

Realizado por:
Estuário Costa, 201927
Isaura Vidal, 201920
Luís Baltão, 201976
Ricardo Botêla, 201943

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Pré-verbalização

- Episódios repetidos de intolerância alimentar e vômitos
- Diminuição da ingestão e consistência alimentar
- Erucações frequentes
- Hálitose
- Obstipação

Pós-verbalização

- Quadro clínico semelhante ao anterior
- Episódios com epigastria, náuseas e anorexia
- Epigastria intensa, persistente, sem irradiação, sem posição de alívio/agravamento
- Perda ponderal 44-35 kg (20%) dos 16 aos 18 anos - IMC atual 15.1
- Março de 2024 - novo internamento no H. São Bernardo

OA BA 18A

CASO CLÍNICO DISCUSSÃO DO QUADRO CLÍNICO

Epigastria
Náuseas e Vômitos biliosos
Perda Ponderal

➔ **Obstrução intestinal alta**

CASO CLÍNICO DISCUSSÃO DO QUADRO CLÍNICO

Obstrução intestinal alta

RX abdominal

Achados:

- Níveis hidroaéreos
- Dilatação intestinal proximal e colapso distal

CASO CLÍNICO DISCUSSÃO DO QUADRO CLÍNICO

Obstrução intestinal alta

TAC abdominal

Permite identificar:

- Local
- Parcial vs total
- Complicações
- Etiologia

CASO CLÍNICO DISCUSSÃO DO QUADRO CLÍNICO

Obstrução intestinal alta

Exames Laboratoriais

- Gasometria
- Hemograma completo
- Painel eletrolítico
- Procalcitonina
- Hemoculturas

Se suspeita elevada de perfuração: Cirurgia

CASO CLÍNICO ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Múltiplos episódios de epigastria, náuseas, vômitos e perda ponderal.

Investigação etiológica inicial no Hospital S. Bernardo

Obstrução intestinal alta?

Avaliação laboratorial

Exames (18-8-24):

- HB 13.8
- Leuc 8800
- Pla 231
- PCR 0.22
- AST 21
- ALT 19

GGT 27

FA 32- Imagem axi

Rio X

Sem alterações

Endoscopia digestiva alta (EDA)

Distensão, com hipomotilidade, mucosa sem alterações. Bólipos gástricos: gastrite crônica não atrofica.

TC Abdomino-pélvica (2024)

Sem alterações

CASO CLÍNICO ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Múltiplos episódios de epigastria, náuseas, vômitos e perda ponderal.

Investigação etiológica inicial no Hospital S. Bernardo

Normal

Síndrome da artéria mesentérica superior?

Estudo de esvaziamento gástrico

10 minutos antes e depois proximal da artéria mesentérica superior e a artéria abdominal aorta de 17 graus (L1-L2). O espaço AP entre o espaço proximal da artéria mesentérica superior e a artéria aorta de 17 graus (L1-L2). Não há dilatação distal da artéria mesentérica superior, sendo assim possível a obstrução da artéria mesentérica superior, a avaliar em função da resposta clínica.

Consulta de nutrição

Com objetivo de aumentar o peso

Falácia

Cirurgia?

CASO CLÍNICO ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Múltiplos episódios de epigastria, náuseas, vômitos e perda ponderal.

Investigação etiológica no Hospital S. Bernardo

Normal

Síndrome da artéria mesentérica superior?

Sim

Encaminhada para Cirurgia Geral do Hospital da Luz Lisboa

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR

REVISÃO TEÓRICA

SÍNDROME ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR FISIOPATOLOGIA

CRESCIMENTO ESTADUAL >> CRESCIMENTO PONDERAL

1. GORDURA MESENTÉRICA

ALTERAÇÕES ANATÔMICAS

ESPAÇO AORTO-MESENTERICO

38° - 65°
10 - 28mm

Normal

Arteria

Left renal vein

Duodenum

Fat pad mesenteric artery

Duodenal compression

SÍNDROME ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR QUADRO CLÍNICO

VEIA RENAL ESQUERDA
Síndrome Quarta-Hipó

- Hematuria assintomática (x dor flanco esquerdo)
- Proteinúria ortostática

DUODENO (D3)
Síndrome da Artéria Mesentérica Superior

- Obstrução Intestinal Alta
- Aguda vs. Crônica

SÍNDROME ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR QUADRO CLÍNICO

DUODENO (D3)
Síndrome da Artéria Mesentérica Superior

LIGEIRAS

- Dor epigástrica pós-prandial
- Saciedade precoce
- (x Sintomas de refluxo)

GRAVES

- Vômitos biliares e perda de peso
- Dilatação abdominal, ruídos intestinais metélicos, sinal de succussio

COMPLICAÇÕES

- Alterações hidroeletrólíticas: hipovolemia, hipocalcemia e alcalose metabólica
- Perfuração gástrica
- Bozão duodenal obstrutivo

FATOR DE ALÍVIO
Posição anti-áglica: anteflexão do tronco e decúbito lateral esquerdo

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
DIAGNÓSTICO

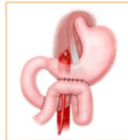
- | 1 | CLÍNICO | + | 2 | IMAGIOLÓGICO |
|---|--|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none">Quadro clínico compatível: obstrução intestinal altaContexto epidemiológico | | | <ul style="list-style-type: none">Evidência de oclusão intestinalAlteração vascular : janela aorto-mesentérica |

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
TERAPÊUTICA CONSERVADORA

- | Descompressão Gastrointestinal | + | Correção de distúrbios hidroeletrólíticos | + | Apoio Nutricional |
|---|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">Tubo nasogástricoAliviar distensão gástrica e duodenal | | <ul style="list-style-type: none">HipovolemiaHipocalcemiaAlcalose metabólicaAtenção: Síndrome de realimentação | | <ul style="list-style-type: none">Nutrição entéricaAvaliação Psiquiátrica |

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

Gastrojejunostomia



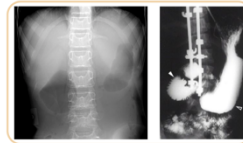
- ✓ Descompressão gástrica
- ✗ Falência de alívio da obstrução
- ✗ Necessidade de 2ª intervenção
- ✗ Síndrome da ansa aferente
- ✗ Úlcera péptica

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
BIBLIOGRAFIA

- Sherry Scovell, MD, FACS, Allen Hamdan, MD. UpToDate: Superior mesenteric artery syndrome. Last updated Mar 20, 2024. URL: <https://www.uptodate.com/contents/superior-mesenteric-artery-syndrome>
- Coltart H, Center MM, Bas N, Struck SM, Baskin M. Measurement of the distance and angle between the aorta and superior mesenteric artery: normal values in different BMI categories. Surg Radiol Anat. 2007 Oct;29(7):595-9. doi: 10.1007/s00276-007-0238-9.
- Blank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: a 20-year experience. Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006 May;42(5):522-5. doi: 10.1097/01.mpg.0b00022188.36501.2.
- Okamoto T, Sato T, Sasaki Y. Superior mesenteric artery syndrome in a healthy active adolescent. BMJ Case Rep. 2019 Aug 26;12(8):e228758. doi: 10.1136/bcr-2018-228758.
- Vilnen P, Kinnunen J, Hickeystedt K. Superior mesenteric artery syndrome. A follow-up study of 16 operated patients. J Clin Gastroenterol. 1989 Aug;11(4).
- Lippl F, Hannig C, Weiss W, Allescher HD, Classen M, Kurjak M. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and treatment from the gastroenterologist's view. J Gastroenterol. 2002;37(8):840-3. doi: 10.1007/s005350200101.
- Lamba R, Tanner D, Sekhon S, McGahan J, Corwin M, Lall C. Multidetector CT of Vascular Compression Syndromes in the Abdomen and Pelvis. Radiographics. 2014;34(1):93-105. doi:10.1148/rng.341125010.
- Netter F. Atlas of Human Anatomy (2018). Elsevier, 7th edition.
- Liliana Bordenianou, MD, Daniel Dante Yeh, MD. UpToDate:Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. Last updated Dec 04, 2023. URL: <https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults>

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO

Radiografia abdominal (a estudo contrastado)



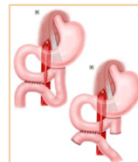
TC-abdominal com contraste oral

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

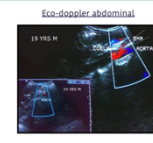
Strong Ou Gastrojejunostomia Ou Duodenojejunostomia

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

Duodenojejunostomia



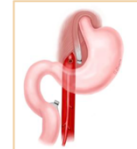
Metódos resutados

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICOJANELA AORTO-MESENTERICA
Ângulo aorto-mesentérico >25°
Distância aorto-mesentérica >8mm

TC(Angio-TC)

SÍNDROME ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

Strong



- ✓ Mantém integridade do intestino
- ✗ Falência terapêutica em 1/3 dos pacientes

CASO CLÍNICO
TRATAMENTO & FOLLOW-UP

TRATAMENTO | Duodenojejunostomia, com anastomose látero-lateral (Bypass à obstrução gástrica)
PÓS-OPERATÓRIO | Bom estado geral; Abdômen não doloroso, mas ligeiramente timpanizado e com RII diminuídos; Analgesia; Dieta líquida bem tolerada.

FOLLOW-UP | Consulta de Cirurgia Geral, Gastroenterologia e Nutrição



Anexo 2.2.- Trabalho “Complicações Agudas da Diabetes”, Medicina Interna

COMPLICAÇÕES AGUDAS DA DIABETES

Estágio Profissionalizante - Medicina Interna
Resumo: Prof. Dr. João Gomes
Responsável de Estágio: Prof. Dr. António Mário Santos
Co-Responsável: Prof. Dr. António Ribeiro
Coordenador: Prof. Dr. António Ribeiro
Tutor: Dra. Cláudia Mota, Dra. Sara Castro, Dr. Manuel Coimbra, Dra. Sara Dias
Hospital: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Medicina 7.2
Realizado por: Bruno Morgado, nº20181212
Diogo Neto, nº20181212
Isabel Silva, nº20181212
Manuel Gomes, nº20181212

ÍNDICE

01 HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL Caso Clínico	02 HIPERGLICEMIA Revisão Teórica
03 ABORDAGEM E EVOLUÇÃO Caso Clínico	04 HIPOGLICEMIA Revisão Teórica

Identificação:
LACDL, sexo feminino, 45anos, reformada, reside com mãe no domicílio

Motivo de vinda ao SU: Hiperglicemia

História Médica Conhecida	Hábitos e Alergias
DM1 (desde os 11 anos) Neuropatia autonómica (diarria crónica) Nefropatia G5 sob HD 3x 5" sábado HTA S. Marfan Gastrite a H. pylori TIP MDU (2014) Endofsemita a MBSA com enucleação do OD e colocação de prótese (2014)	Ex-fumadora (SOLMA) Alergia a penicilina, diclofenac e tatum verde, alérgica, ibuprofeno

Identificação:
LACDL, sexo feminino, 45anos, reformada, reside com mãe no domicílio

Motivo de vinda ao SU: Hiperglicemia

Medicação habitual

- Insulina (insulina deglucosa) 30 U/dia 12h/00
- Fluio (insulina isparta) em esquema 180-210 U/dia 220-250 IU 200-250 IU, 300-350 IU, 340-370 IU, 380-410 IU, 420-450 IU, 460-490 IU, 500-530 IU
- Ritidina 20mg 2x
- Carvedilol 25mg 1/2-1/2
- Furosemida 40mg 2x1-1
- ASA 100mg 1x
- Suclamato 800mg 2x
- Proglabina 30mg 1x 8 e note
- Loperamida 2x2-2

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Recebeu no SU por hiperglicemia 12/11/2024

Transferido para Medicina 7.2 14/11/2024

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- Deu entrada no SU por hiperglicemia (600mg/dL) e cetonemia de 6,7mg/dL, assintomática.
- Tinha recorrido no dia anterior ao SU por hipoglicemia grave, não tendo realizado então insulino-terapia basal.
- Tinha sessão de hemodiálise agendada para a véspera, à qual faltou.
- Internada no serviço de Medicina 7.2 no dia 14/11/2024 com o diagnóstico DM1 de difícil controlo com cetoadose diabética, acedose metabólica e hipercalcemia graves (7,5 mmol/L).

HIPERGLICEMIA

ESTADOS HIPERGLICÉMICOS

Apresentação Típica

Cetoadose Diabética	Síndrome Hiperosmolar Hiperglicémica
DM1, jovem Quedas com >24h de: Náuseas Vómitos Dor abdominal Respiração de Kussmaul	DM2, idoso Quedas anedonia (dias/semanas) de: poliúria perda de peso alteração do estado mental (confusão e coma)

CAUSAS/PRECIPITANTES

Frequentes	Outros
Interrupção/mau ajuste terapêutica insulínica Infecções ITU Pneumonia Sepsis Diabetes Inaugural Eventos CV	Gravidez Trauma/Quedas Cirurgias Consumos (Cocaína)

ESTADOS HIPERGLICÉMICOS

Fisiopatologia

Insulina ↓ HCR → Utilização glicose ↓ → Hiperglicemia

Cetonemia → Cetonogénese → Gliconeólise ↑ Lipólise → Acedose metabólica

Hiperglicemia → Diurese osmótica → Volume ↓ Osmolaridade ↑ → Eletrolitos (Na, K, P)

ESTADOS HIPERGLICÉMICOS

Semiologia

Taquicardia, Hipotensão Dehidratação Polipneia (resp. Kussmaul) Hálito cetónico Náuseas/vómitos Dor abdominal Confusão → Coma	Sinais associados Febre Diarria Dor torácica
---	---

ESTADOS HIPERGLICÉMICOS

Alterações analíticas

Cetoadose Diabética	Síndrome Hiperosmolar Hiperglicémica
Hiperglicémia (250-600mg/dL) Cetonemia +++ Acidose Metabólica pH 6,8-7,30 HCO ₃ <10-18 Anion Gap aumentado pCO ₂ 20-30 mmHg Hipercalcémia (falsa)	Hiperglicémia (>600mg/dL) Osmolaridade sérica >320 pH >7,30 HCO ₃ >15

ABORDAGEM INICIAL - PRIORIDADES

Diagnóstico	Terapêutica
ABCE Avaliar estado de hidratação Pensar causa (encumprimento, infeção)	Monitorizar sinais vitais Monitorizar a diurese GSA e AA ECG e Rx tórax Monitorizar glicémia
	Reposição de volume Reposição de insulina Correção dos desequilíbrios eletrólitos Tratamento da causa Plano de monitorização

01 VOLUME

1ª Fase	Após
NaCl 0,9% 1-3L nas primeiras 1-3h (10-20mL/kg/h) até hemodinamicamente estável e bem perfundido	Dose de manutenção 200-1000mL/h Trocar para soro hipotónico

02 POTÁSSIO E INSULINA

Potássio	Insulina
K ⁺ < 3,5 mEq/L = Potássio Insulina + 10-20 mEq KCl/L hora até >3,5 K ⁺ 3,5-5 = 10-20 mEq KCl por L de fluido K ⁺ > 5 = Monitorizar K ⁺ 2h/2h	SHK 0,05 U/kg/h EV em perfusão CAD sem complicações: bolus 0,1 U/kg SC = 0,1 U/kg/h CAD mod-sev: considerável bolus 0,1 U/kg ev = 0,1 U/kg/h em perfusão

02 INSULINA

Objetivo

- Glicemia entre 90-120 mg/dL (5-6 mmol/L) → Definir dose/ritmo de perfusão SC ou EV
- Decidir não deve exceder 90-120 mg/dL/h

SHH	CAD
Glic < 250 → Reduzir para 0,02-0,04 U/kg/h EV Manter Glic 200-250 até resolução	Glic < 250 → Reduzir para 0,05 U/kg/h EV ou 0,1 U/kg SC a cada 2 horas Manter Glic 150-200 até resolução

03 HCO₃⁻ E PO₄³⁻ E MG²⁺

HCO ₃ ⁻	PO ₄ ³⁻	Mg ²⁺
pH < 7,0 em doentes jovens pH < 7,15 em idosos 100 mEq NaHCO ₃ em 400mL em perfusão/2h Repetir até pH > 7,0	Fórmula < 1 mg/dL (10-20 mEq/L KPO ₄ no soro)	Mg < 1,7 mg/dL → 10mL de sulfato de mg a 20% em 100cc de SF durante 1h

04 MONITORIZAÇÃO

- Parâmetros vitais, Btmo, Diurese de pulso, Estado de consciência, preenchimento capilar, diurese e glicémias capilares
- GSA cada 2-4h
- Eletrolitos, pH, creatinina, ureia, lactato, lactato e glicose a cada 2-4 horas

Complicações

- Acidose láctica
- Edema cerebral
- Trombose arterial

05 RESOLUÇÃO

Objetivo

- CAD: Glc < 200 + 2 dias seguintes (gl venoso > 7.3, HCO₃ < 15, gap aniónico < 12)
- SNa: Osmolaridade < 320 mOsm/kg, Glc < 250-300, Status mental normal

Após resolução

- Iniciar esquema insulínico SC basal-bolus
- Continuar perfusão de insulina por 1-2h

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Recorreu ao SU por
hiperglicemia
12/11/2024Transferido para
Medicina 7.2
14/11/2024

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- Deu entrada no SU por hiperglicemia (600mg/dL) e cetonemia de 6,7mg/dL, assintomática.
- Tinha recorrido no dia anterior ao SU por hiperglicemia grave, não tendo realizado então insulino-terapia basal.
- Tinha sessão de hemodiálise agendada para a véspera, à qual faltou.
- Internada no serviço de Medicina 7.2 no dia 14/11/2024 com o diagnóstico DM1 de difícil controlo com cetoadose diabética, acidose metabólica e hipercalemia graves (7.5 mmol/L).

ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

GA: Acidose metabólica grave e
ketonemia grave
(pH 6.96, HCO₃ 16.7 mmol/L, pCO₂ 108
mmHg, HCO₃ 4.2 mmol/L, 6.7.5
mmol/L, Na 136 mmol/L,
La 1.3 mmol/L)

Insulina EV 4 U e fluidoterapia

Perfusão de insulina 50 U/h e
fos bicarbonato 8.6

ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

Melhoria progressiva
glicémica 20hAjustada fluidoterapia para
pH e reatada perfusão para
SUH + hemodiáliseMelhoria clínica e glicémica
(pH 7.38, HCO₃ 14.5, pCO₂ 80.6, Na
134, K+ 5.0, D-95 HCO₃ 22)

ABORDAGEM E EVOLUÇÃO SU

MCDT

- Análises: Hb 11.3, Leucocitose
11.79 com neutrofilia 9.14, PCR
79.5
- Rx tórax sem alterações de relevo.

Diagnóstico

- DM1 complicada de cetoadose grave
- Proposto internamento que a doente aceite

ABORDAGEM 7.2

MCDT

- Análises: Hb 10.4, Plaquetas
104x10⁹/L, glicose 402mg/dL,
HbA1c 9.1%, Na+ 135mEq/L, K+
5.4, Ca²⁺ 7.7 mg/dL

Abordagem terapêutica

- Nifedipina 30mg 3id
- Carvedilol 25 mg 1/2+1/2
- AAS 100mg 1id
- Fomeclonid 40 2x1+1
- Sevelamer 800 3id
- Pregabalin 50mg 1id à noite
- Loperamid 2x2x2
- Tiroxina 140 1id às 21h00
- Frase 4U antes do Pequeno-Almoço, Almoço e
Jantar + 6.5U por cada 10 glicémia acima de 200,
300-349 5.5U; 350-399 6U; > 400 7U

Intercorrências

- Com picos de hiperglicemia e de
cetoneia elevada (assintomática)
→ correção conforme prescrição
de endocrinologia
- Crises hipertensivas → nifedipina e
carvedilol

Plano

- Transmitidos ensinamentos sobre diabetes
(administração de insulina, dieta adequada)
- Agendada sessão na Clínica de Hemodiálise
de ambulatório para 20/11/2024 por sobrecarga
hídrica

HIPOGLICEMIA

HIPOGLICEMIA

Definição

Triade de Whipple

- Valores de glicemia baixos
- Sintomas associados à diminuição
de glicemia
- Reversão ou melhoria desses
sintomas com a reversão da
hipoglicemia

Classificação

- Nível 1: Se Glicemia < 70 mg/dL e ≥ 54mg/dL
- Nível 2: Se Glicemia < 54 mg/dL
- Nível 3: Adulto não cooperante e/ou sem
capacidade de detectar ou incrucente, requer
assistência de outra pessoa

HIPOGLICEMIA

Impacto

- Associação com ocorrência de eventos cardiovasculares.
- Alterações neurológicas podem ser de duração, gravidade e impacto variáveis,
podendo resultar em acidentes e incapacidades.
- Representam custo substancial para as pessoas com diabetes, sociedade e SNS.
- Podem representar uma barreira importante na manutenção dos objetivos de
tratamento definidos e na adesão terapêutica.

HIPOGLICEMIA

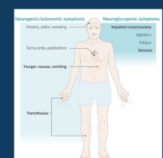
Clínica

Autónomas

- Tremores
- Taquicardia
- Sudores
- Ansiedade
- Fome
- Parestias
- Irritabilidade

Neuroglicopénicas

- Dificuldade de concentração
- Alterações no comportamento
- Fraqueza
- Sonolência
- Alterações da visão
- Dificuldade em falar
- Cefaleia
- Tonturas
- Confusão
- Convulsões
- Coma



HIPOGLICEMIA

Fatores de Risco

1. Dose de insulina ou de secretagogo é excessiva, em
horário inadequado ou do tipo errado
2. O influxo exógeno de glucose é diminuído
3. Utilização de glucose independente de insulina está
aumentada
4. Sensibilidade à insulina está aumentada
5. Produção endógena de glucose está diminuída
6. Clearance de insulina está reduzido

HIPOGLICEMIA

Tratamento



HIPOGLICEMIA

Falência Autônoma Associada à Hipoglicemia



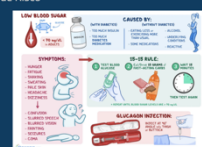
Estratégia:

Evitamento rigoroso de hipoglicemia por 2-3 semanas

HIPOGLICEMIA

Redução de Risco

- Educação dos doentes e familiares
- Ajustar os alvos glicémicos
- Ajustar terapêutica



BIBLIOGRAFIA

- "Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus". UpToDate. 2024
- "Hypoglycemia." Next-Amboss.Com, next.amboss.com/us/article/PgOWv2Zq-hypoglycemia
- Nascimento do O. D. et al. "Orientações para o Tratamento da Hipoglicemia em Adultos com Diabetes". Revista Portuguesa de Diabetes, 2021.
- https://www.osmosis.org/answers/hypoglycemia
- Harrison's Principles of Internal Medicine, 21ª edição
- Uptodate: "Hypersomnolent hyperglycemic state in adults: Treatment", "Treatment of diabetic ketoacidosis in adults"

Anexo 2.3.- Caso Clínico, Medicina Geral e Familiar

Caso Clínico

UC: Estágio Profissionalizante
Regente: Prof. Dr. Rui Nabo
Estágio Perceptor: Medicina Geral e Familiar
Coordenador: Prof. Dr. Daniel Pinto
Tutora: Dra. Joana Azeredo
USF Jardim das Plátanos
Realizado por: Joana Vidal, 201901

Motivo

- Apresenta uma variedade de problemas comuns
- Enfatiza a importância de uma abordagem holística e de priorização de problemas

01 Caracterização da doente

Identificação

- A.R., género feminino, 43 anos (20/08/1982)
- Natural- Barreiro, Setúbal
- Residente- Linda-a-Velha, Lisboa
- GIPI (Fertilização *in Vitro*)
- Reside com marido e filha
- Apartamento com boas condições, zona residencial com acesso a cuidados de saúde primários
- Licenciatura em Educação Básica
- Educadora de infância

Problemas de saúde previamente conhecidos

Médicos

- Hipertensão (2007), Levotiroxina
- Perturbação Depressiva (2020), Sertralina
- Défice de Ferro (2023), Ferro Oral
- Costões esquerda
- Nega alergias

Cirúrgicos

- Apendicetomia (1998)
- Correção cirúrgica de Espondililaste congénita (2009)

Hábitos

- Nega hábitos tabágicos
- Consumo esporádico de álcool (contexto social)
- 1 café por dia
- Alimentação equilibrada
- Nega prática de exercício físico (falta de tempo)

Medicação Habitual

- Levotiroxina sódica 0,025mg, em jejum

Antecedentes Familiares

Fig 1- Geneograma

Contexto Familiar

- Família Nuclear
- Estado 4 Ciclo de Vida Familiar de Duxell
- Apaz Familiar 8, altamente funcional
- Bom relação com familiares, nega relações conflituosas

02 Consulta- SOAP

S (Subjetivo)

19/02/2025, USF Linda-a-Velha, Saúde de Adulto

1º Mostrar exames e análises de maio de 2024

2º Irritabilidade, fadiga, insónia, queixas de memória, dificuldades de concentração

3º Tonturas

4º Dor no joelho

S (Subjetivo)

Irritabilidade, fadiga, insónia, queixas de memória, dificuldades de concentração

Desde há 1 ano:

- Irritação fácil com outras pessoas (familiares)
- Cansaço para as atividades do dia a dia
- Dificuldade de concentração nas tarefas, com falta de memória
- Insónia intermitente
- Marido refere roncopatia, com percepção de paragem respiratória

Nega:

- Humor depressivo
- Perda de prazer para atividades diárias
- Alteração de apetite

Recursos:

- Repercussão familiar (afetar a filha de 7 anos)

Crenças:

- Stress laboral
- Menopausa
- Não superiu (teve com a idade atual da utente)
- Refere alteração do padrão menstrual (aumento do fluxo)
- Nega sintomas vasomotores e genitúrios
- Não usa método contraceptivo

S (Subjetivo)

Tonturas

Desde há 1 ano:

- Tonturas de forma episódica
- Durante a noite, ao virar
- Associadas a zumbido

Nega:

- Sensação de vertigem
- Perda auditiva

Último episódio:

- Há 2 dias
- Não consegue trabalhar
- Náuseas, vomitos, diarreia, sensação de desequilíbrio

S (Subjetivo)

Dor no joelho

Desde há 1 ano:

- Dor no joelho esquerdo
- Irradia para cima
- Agrava com esforço e melhora com repouso
- Aplicação de Reumamol® Gel com alívio parcial

Nega:

- Traumatismo
- Prática de exercício físico (falta de tempo)

O (Objetivo)

Doente com um bom estado geral e aparência cuidada.

- Pele e mucosas coradas e hidratadas
- Auscultação cardiopulmonar sem alterações
- Peso= 78,8Kg; altura= 1,54m; IMC= 33,6Kg/m²
- PA= 110/70 mmHg (medida no braço direito, com doente sentada).

Análises laboratoriais (02/05/2024): Hg 12g/dL; VGM 92fL; HGB 29pg; Ferritina 16,9ng/mL

Exames (2024):

- Ecografia mamária: Normal. Mamografia bilateral, duas incidências por mama: BI-RADS 2
- Ecografia da tireoide: ANORMAL: "Ligeira heterogeneidade estrutural da glândula tireoide a sugerir tireoide crónica"
- Ecocardiograma transtorácico bidimensional (com doppler): Normal

A (Avaliação)

Ativos

- PTA: Distúrbio ansioso/estado de ansiedade
- A24: Distúrbio/ansiedade geral
- T20: Síndrome da menopausa (aumento do fluxo menstrual, irritabilidade, insónia)
- P26: Perturbação do sono (insónia intermitente, roncopatia)
- T21: Dificuldade intermitente/funcional (defeito da ferro)
- M7: Vertigens/tonturas
- L76: Síndrome do joelho (gonalga recurrente)
- T16: Hipertensão arterial sistólica (desde 2007)
- T32: Obesidade (Grau I)
- L89: Osteoartrite da anca (sequência)
- M5: Infertilidade / subfertilidade

Problemas

Passivos

- PT8: Perturbação depressiva (2020)
- M78: Gravidez (2016)

Antecedentes pessoais

- L46: Síndrome de ovário sem irradiação de 46r (spondililaste congénita, correção cirúrgica em 2009)
- D88: Apendicite (1997)

P (Plano)- Curto Prazo

Análises

- ✓ Feço: hemograma, ferro sérico, ferritina, PCR, Perfil lipídico, Glicémia em jejum, FSH, TSH
- ✓ Se TSH aumentado, aumento de Levotiroxina sódica e reavaliar em 3 meses
- ✓ Prescrevo Proteína/ácido de ferro, 800mg/16mL¹ e reavaliar em 3 meses

P (Plano)- Curto Prazo

Irritabilidade, fadiga, insónia, queixas de memória, dificuldades de concentração

- ✓ Referência para consulta de psicologia
- ✓ Recomendo estratégias de mindfulness
- ✓ Reforço benefício de exercício físico
- ✓ Prescrevo Sertralina 50 mg, reavaliar após 4 semanas
- ✓ Não recomendo associação de benzodiazepinas durante período de adaptação ao SSRI, por suspeita de SAOS
- ✓ Referência a consulta de Pneumologia (suspeita de SAOS)

P (Plano)- Curto Prazo

Tonturas

- ✓ Exame Neurológico Sumário e Teste de HINTS (periférico vs. central)
- ✓ Dix-Hallpike (exclusão VPPB)
- ✓ Audiometria (exclusão de Doença de Ménière)
- ✓ Para controlo sintomático agudo prescrevo Beta-histina 24mg, 12h/12h, por 3 dias e Metoclopramida 10mg, até 3 vezes, se náuseas e vômitos

P (Plano)- Curto Prazo

Gonalgia

- ✓ Exame objetivo ao joelho: crepitação, mobilidade limitada, tumefação articular
- ✓ Prescrevo Paracetamol 1000mg, 6/6h e Diclofenac tópico em gel (1%), 3 a 4 vezes por dia
- ✓ Reavaliar após 3 meses

P (Plano)- Médio Prazo

- ✓ **Insónia:** preenchimento de diário de sono por 2 semanas e educo para medidas de higiene de sono, reavalia após estabilização de quadro de ansiedade e avaliação de SAOS
- ✓ **Alterações menstruais:** peço Ecografia Transvaginal
- ✓ Recomendo colocação de **DIU de Levonorgestrel**
- ✓ Marco consulta de PF, para **rastrear de CCU** (em atraso desde 2023)
- ✓ Peço **colonoscopia** (em atraso desde 2022, por risco familiar)
- ✓ Reavaliação analítica de **TSH** anual
- ✓ Abordar tema de práticas de **exercício físico e perda de peso**

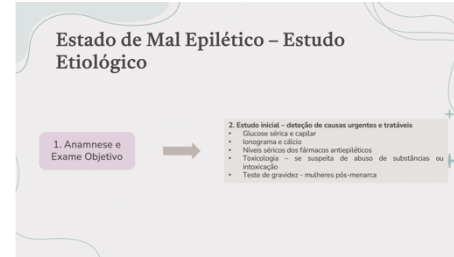
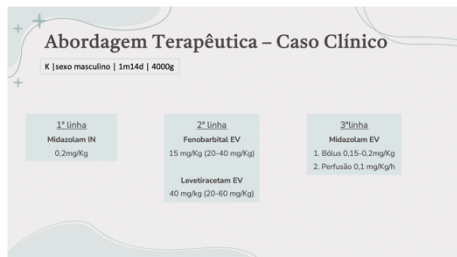
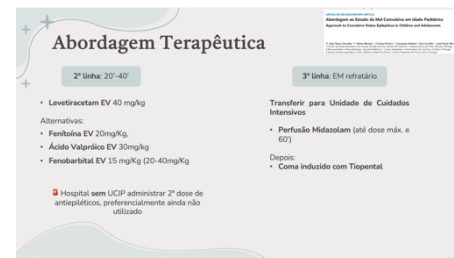
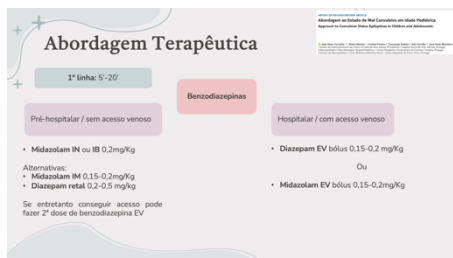
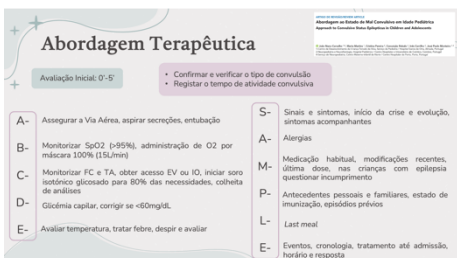
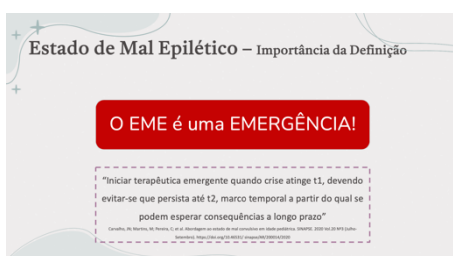
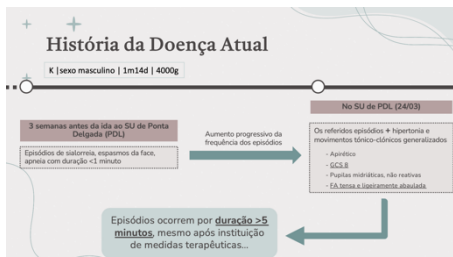
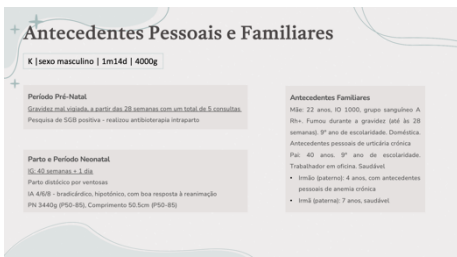
P (Plano)- Longo Prazo

- ✓ Rastrear do **Cancro da Mama** 2026, 2/2 anos até 2055
- ✓ Rastrear do **Cancro do Colo do Útero** 2030, 5/5 anos até 2050
- ✓ Rastrear do **Cancro Colorretal** 2035, colonoscopia 10/10 anos até 2055
- ✓ **Vacinação para Tétano e Difteria:** 2026, 2046, depois 10/10 anos

Bibliografia

- 1- MSFamiliar, "Abordagem do Hipotiroidismo" (2018).
- 2- UpToDate, "Generalized anxiety disorder in adults: Management" (2024).
- 3- LUEPRA, "The Association between Use of Benzodiazepine Receptor Agonists and the Risk of Obstructive Sleep Apnea" (2021).
- 4- MSFamiliar, "Síndrome de Apnéia Obstrutiva do Sono" (2017).
- 5- Norma DGS, "Abordagem, Diagnóstico e Tratamento da Tarsalgitia no Adulto" (2013).
- 6- Acta Médica, "Abordagem do Síndrome Vertiginoso" (2010).
- 7- UpToDate, "Management of knee osteoarthritis" (2024).
- 8- Acta Médica Portuguesa, "Abordagem de Insónia Secundária do Adulto nos Cuidados de Saúde Primários" (2011).
- 9- JCEM, "The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options" (2021).
- 10- Norma DGS, "Programa de rastreio de base populacional do Cancro do Colo do Útero" (2024).
- 11- MSFamiliar, "Rastreio Oncológico- Guia Prático" (2019).
- 12- AFP, "Perimenopausal contraception: A practice-based approach" (2021).
- 13- Norma DGS, "Programa de rastreio de base populacional do Cancro da Mama" (2024).
- 14- Norma DGS, "Plano Nacional de Vacinação" (2020).

Anexo 2.4.- Trabalho “Estado de Mal Epilético em Idade Pediátrica”, Pediatria



Estado de Mal Epilético – Estudo Etiológico

EM Inaugural

Investigação de causas passíveis de terapêutica específica, consoante a clínica

Exame de imagem urgente
RM-CE ideal | No SU → TC-CE

EEG urgente se possível diagnóstica, suspeita de SNEC, EM refratário

Hemograma, função renal, função hepática, PCR, coagulação, glicemia, urina II

- LCR: estudo citológico, cultura, antibióticos e PCR
- Hemoculturas
- Anticorpos
- Autoimunidade sistémica
- Estudos metabólicos
- Estudos genéticos

Diagnóstico prévio de epilepsia

Procurar desencadeantes tratáveis (insuportamento terapêutico, doença sistémica)

- Dificuldades neurológicas de novo
- Tipo de crise não é frequente no contexto da doença
- EM refratário

Pensar em consistência de doença aguda do SNC

Estado de Mal Epilético – Estudo Etiológico

Etiologia

- (45-58%) Criptogénica
- (13-44%) Etiologia aguda neurológica: alterações do equilíbrio hidro-eletrólito, causa traumática, infecciosa, tumoral, metabólica ou tóxica
- (11-25%) Doença neurológica crónica

Até ao 1º mês de vida

- Lesão durante o parto
- SNE, hemorragia
- Anomalias cardíacas
- Infecção
- Doenças metabólicas e desequilíbrios eletrólitos
- Trauma
- Síndroma neonatal
- Doenças sistémicas, desmielinosas
- Tumores
- Malformações vasculares cerebrais
- Lesões sem terapêutica adequada

Até aos 6 anos

- Convulsões febris (3m-5a)
- Lesões durante o parto (SNE, hemorragia)
- Infecção do SNC
- Doenças metabólicas e desequilíbrios eletrólitos
- Trauma
- Síndroma neonatal
- Doenças sistémicas, desmielinosas
- Tumores
- Malformações vasculares cerebrais
- Lesões sem terapêutica adequada

A partir dos 6 anos

- Epilepsia
- Trauma
- Lesão durante o parto
- Doenças cerebrais
- Encefalite
- Tumores
- AVC
- Doenças sistémicas, desmielinosas
- Doenças sistémicas, desmielinosas
- Doenças sistémicas, desmielinosas
- Doenças sistémicas, desmielinosas

Médecia Anaam, MD, PhD, PhD – Coordenadora e autora, Trabalho de Clínica
Pediatria, 2ª edição, Lisboa: Círculo Médico, 2022 (ISBN: 978-989-54322-9-1)

Caso Clínico

K | sexo masculino | 1m14d | 4000g

Meios Complementares de Diagnóstico

GSA (25/03)

Acidose metabólica com hipercalcemia (3.42 mmol/L) e aumento do gap aniónico

Análise analítica (25/03)

Leucocitose com neutrofilia: PCR 2.42 mg/dL; PCT 0.59 mg/dL

TC-CE (26/03)

“ventriculomegalia tetraventricular, com marcada ectasia das cavidades ventriculares, assumindo-se hipoplasia do parênquima periventricular apesar de relação com hidrocefalia afluxa (L) (distúrbio da permeabilidade dos sulcos corticais hemisférios centrais e cerebelares, L) salientando-se dilatação das suturas”

Eco Transfontanelar (25/03): Meningeite purulenta com grande componente de ventriculite e pos. intraventricular com grande dilatação. A fluorimetria não evidencia grande pressão.

DVE

Caso Clínico

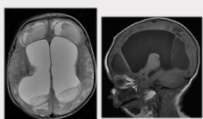
K | sexo masculino | 1m14d | 4000g

Meios Complementares de Diagnóstico

EEG (26/03)

“lentificação e desorganização da atividade cerebral, com maior grau de alteração deficitária nas regiões frontais e temporais. Excesso de atividade rápida difusa de provável etiologia medicamentosa. Atividade epiléptica multifocal abundante, com ligeiro predomínio nas regiões temporais e frontais.”

RMN (26/03)



Estudo Etiológico - Caso Clínico

Meios Complementares de Diagnóstico

LCR (26/03)

- 1400 células com predomínio de polimorfonucleares;
- Glicose (2.7);
- Proteína (1056);
- Exame Cultural: Citrobacter Koseri

Diagnóstico Definitivo

Estado de Mal Epilético no contexto de Meningite Bacteriana por Citrobacter Koseri

Caso Clínico

K | sexo masculino | 1m14d | 4000g

Meios Complementares de Diagnóstico

TC-CE (28/03)



Drenagem de Abscessos (26/03)

06 Take Home Messages

Take Home Messages

1. Se não tratado rapidamente, o EME tem alto risco de lesão cerebral, sequelas neurológicas e mortalidade;
2. As **benzodiazepinas** constituem a terapêutica farmacológica de **primeira linha**;
3. Como **segunda linha**, o levetiracetam é a opção preferida por ser eficaz e seguro. Fenitoína, ácido valproico e fenobarbital também podem ser usados, dependendo do perfil do doente;
4. A etiologia do EME é o principal **determinante** do desfecho clínico;
5. Cada centro hospitalar deve dispor de um **protocolo** de urgência bem definido, que permita uma abordagem rápida, eficaz e padronizada ao EME.

Obrigado!

Unidade Consultar Registo Português de Pediatria
Ano Letivo 2024/2025
Regente: Professor Doutor Luís Vaz de
Tatara: Doutora Maria Oliveira, Doutora Maria Condi, Doutor Anaam
Castro
Realizado por:
Alfonso Casque, 42013407
Bernardo Bento, 42013200
Joana Vidal, 42013101
Marta Ana Martins, 42013197
Rita Aires, 42013415

Bibliografia

1. Carvalho JN. Approach to Convulsive Status Epilepticus in Children and Adolescents. *Snapas*. 2020;20:113-120.
2. Monteiro J. Carinho J. Tratamento do estado de mal epiléptico em idade pediátrica. *Acta Pediatr Port*. 2007;38:163-4.
3. UpToDate. Management of convulsive status epilepticus in children. UpToDate. 2025.
4. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rosati AO, Scheffer E, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus—Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015;56:1515-1523. doi:10.1111/epi.13121
5. ARAYAKARNKUL, P., CHOKTHO, K. Treatment options in pediatric super-refractory status epilepticus. *Brain and Development*, v. 41, n. 4, p. 359-366, abr. 2019.
6. CHEN, L. W., WASTLERMAN, C. G. Status epilepticus: pathophysiology and management in adults. *The Lancet Neurology*, v. 5, n. 3, p. 246-256, mar. 2006.
7. Marques Matos C., Jorge S., Protocolo de abordagem diagnóstica e terapêutica ao estado de mal epiléptico pediátrico no hospital dona Estefânia

Radiofrequency Ablation for the Treatment of Uterine Fibroids: A Systematic Review and Meta-Analysis by the AAGL Practice Committee

Unidade Curricular: Estratégia Pensar em Ginecologia e Obstetrícia
Data: Junho 2024/2025
Reportar: Professora Doutora Tereza Simões
Tutor: Professora Doutora Cláudia Oliveira
Realizado por:
Joana Vitor, 2023811

Índice

- Introdução
- Métodos
- Resultados
- Discussão
- Conclusão

01 Introdução

Introdução

Fibromas Uterinos

- Tumores benignos comuns do músculo liso do miométrio uterino

Afeta 70-80% de mulheres com >50 anos

25% com sintomatologia que afeta as atividades diárias

Sintomas

- HUA
- Dor
- Bulk symptoms

Terapêuticas

- Farmacológicas
- Miomectomia
- Embolização da artéria uterina
- Histerectomia

02 Métodos

Introdução

Ablação por Radiofrequência

Uso de energia da radiofrequência para destruição do tecido do fibroma

- Minimamente invasivo
- Preservação uterina

Abordagens:

- Laparoscópica
- Percutânea
- Transvaginal
- Transcervical

03 Resultados

Resultados

Revisão Sistemática e Meta-análise	Estudos comparativos e não comparativos	Base de Medline, EMBASE e Cochrane CENTRAL
>10 uterinos com fibromas e pelo menos 1:	30 estudos (3 ERC, 1 comparativo não randomizado e 26 grupos únicos)	População: 2998 pacientes com fibromas sintomáticos. Demograficamente diversa e clinicamente heterogênea.
• Volume do útero ou fibroma		
• Sintomas		
• Qualidade de vida		
• Resultados peri-operatórios		
• Resultados pós-operatórios		
• Necessidade de reintervenção		
• Resultados reprodutivos		

04 Discussão

Discussão

Peri e pós operatório	Fertilidade
- Procedimento ambulatorial - Retorno às atividades 5,8 dias após - Sintomas pós-operatórios: dor 1-2,6/10, medicação analgésica por 4 dias e hemorragia (spotting por 2 semanas) 0,7-8,9% de hospitalizações não planejadas - Complicações graves são raras, mas métodos variáveis - Não é necessária re-intervenção na maioria	Dados escassos 2/66 e 2/46 gravidezes após ARF em 2 estudos

05 Conclusão

Conclusão

A ARF leva a redução do volume dos fibromas, melhoria dos sintomas e aumento da qualidade de vida. É uma opção segura e minimamente invasiva.

Futuro

Realizar ensaios clínicos randomizados, com padronização das métricas clínicas, com reportagem de resultados de fertilidade e prolongamento do tempo de follow-up.

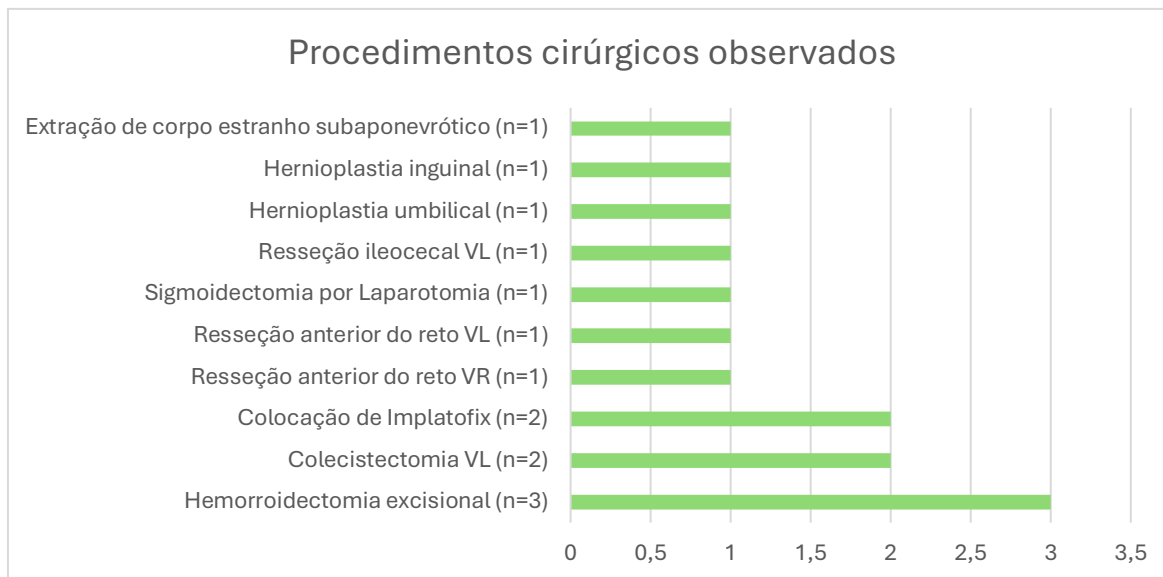
Obrigada!

Review Article
Radiofrequency Ablation for the Treatment of Uterine Fibroids: A Systematic Review and Meta-Analysis by the AAGL Practice Committee
Jorge Carlos Silva, MD, PhD, Rui M. Barros, MD, Diana M. Silva, MD, MPH, José J. Salazar, MD, PhD, Paulo David Romão, MD, PhD, André T. M., MD, Felipe Soares, MD, Mariana S. H. M., MD, and Elizabeth A. R. MD, PhD, MPH
From the Department of Obstetrics and Gynecology, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Medicina, Universidade Nova de Lisboa, Portugal (Silva, Barros, Salazar, Soares, Romão, T. M., H. M., R.); and the Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal (David Romão).
Submitted October 10, 2023; accepted February 1, 2024.
Presented at the American Society of Reproductive Medicine Scientific Oral Session, November 10, 2023, San Francisco, CA.
Address correspondence and reprint requests to Dr. Silva at Rua da Escola Politécnica, 68, 1200-016 Lisboa, Portugal (e-mail: jcsilva@med.fmed.unl.pt).

Anexo 3- Casuística

Anexo 3.1.- Cirurgia Geral

Gráfico 3.1.1.- Procedimentos cirúrgicos observados em Cirurgia Geral



Legenda: VL- Via Laparoscópica, VR- Via Robótica

Tabela 3.1.1.- Motivos de consulta de Cirurgia Geral

Motivo de Consulta	Nº de doentes
Pós-operatório de recessão anterior do reto	4
Pré-operatório de hemicolectomia	3
Pré-operatório de hernioplastia	3
Pré-operatório de colecistectomia	3
Pós-operatório de hemorroidectomia	2
Adenocarcinoma do reto- Protocolo <i>Watch and Wait</i>	2
Pós-operatório de hernioplastia	2
Pós-operatório de colecistectomia	1
Pós-operatório de colectomia total	1
Pós-operatório de recessão ileocecal	1
Pós-operatório de amputação abdominoperineal	1
Pós-operatório de fistulotomia anal parcial	1
Pré-operatório de fistulotomia anal	1
Suspeita de endometrioma	1

Gráfico 3.1.2.- Técnicas anestésicas observadas em Anestesiologia

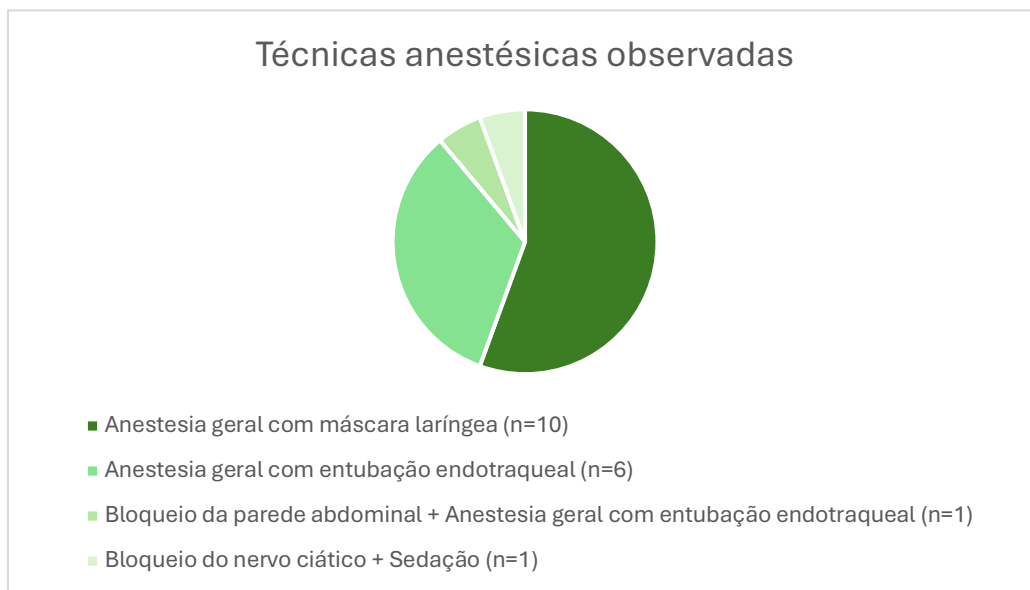


Gráfico 3.1.3.- Áreas cirúrgicas observadas em Anestesiologia

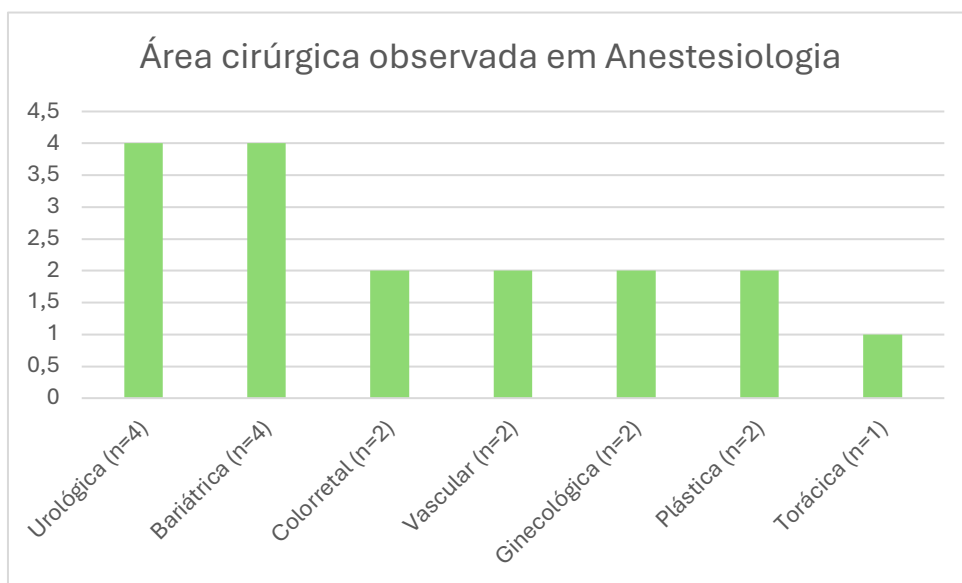


Tabela 3.1.2.- Componente teórico prática de Cirurgia Geral

Curso TEAM
Componente Teórica
Palestra “TEAM” - “Princípios de abordagem do Politraumatizado Grave”
Caso clínico interativo: Abordagem Primária do Politraumatizado
Componente prática (bancas práticas)
Abordagem da via aérea e ventilação
Choque e acessos vasculares
Imobilização e trauma vertebro-medular
<i>Team-work</i> : abordagem integrada do politraumatizado grave
Sessão de Simulação
Realização de técnicas relacionadas com a gestão de via aérea
Realização da técnica de cateterização venosa periférica
Realização de técnicas de sutura manual

Anexo 3.2.- Medicina Interna

Gráfico 3.2.1.- Distribuição de idades na enfermaria da Medicina 7.2.

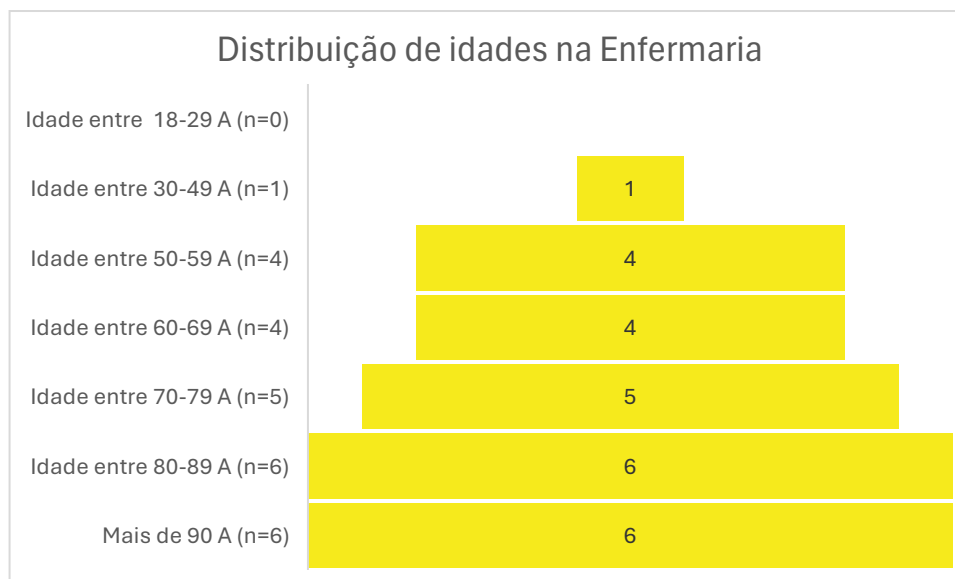


Tabela 3.2.1.- Motivos de internamento na Medicina 7.2.

Principal Motivo de Internamento	Nº de doentes
Infeção do Trato Urinário	7
Pneumonia Adquirida da Comunidade	4
Acidente vascular Cerebral	4
Tromboembolismo Pulmonar	2
Enfarte Agudo do Miocárdio	2
Traumatismo Crânio-encefálico	2
Hemoptises	2
DPOC agudizada	1
Pneumonia de Aspiração	1
Intoxicação por Opióides	1

Tabela 3.2.2.- Motivos de ida ao Serviço de Urgência

Idade	Género	Motivo de ida ao SU	Diagnóstico Principal
29	M	Epigastrialgia, melenas, anorexia, perda ponderal	Hemorragia digestiva alta, Úlcera duodenal
27	F	Cansaço, dispneia, precordialgia	Anemia ferropénica de etiologia a esclarecer
70	F	Cansaço, tonturas, precordialgia, palpitações	Bloqueio atrioventricular completo
42	F	Dispneia, toracalgia com característica pleurítica à direita	Tromboembolismo pulmonar
67	F	Precordialgia de tipo opressivo, de início súbito, mal-estar geral	Enfarte agudo do miocárdio sem supra de ST
50	M	Precordialgia tipo aperto, com surgimento em repouso, irradiação para o Membro Superior Esquerdo	Enfarte agudo do miocárdio sem supra de ST
73	F	Cansaço, palpitações, dispneia	Taquicardia supraventricular
72	M	Cansaço, hematemeses	Úlcera Bulbar, Angiectasias gastrointestinais
83	F	Agitação, dispneia	Cistite Aguda, Insuficiência cardíaca descompensada, <i>Delirium</i> hiperativo
60	M	Agitação, alteração súbita da visão, tremor	Síndrome de Abstinência Alcoólica
80	F	Dor no hipocôndrio esquerdo, vômitos, diarreia	Cistite Aguda
47	F	Diminuição da força no hemicorpo esquerdo	Episódio provavelmente relacionado com ansiedade
70	M	Queda com traumatismo crânio-encefálico, vômitos	Gastroenterite aguda

Tabela 3.2.3.- Componente teórico prática de Medicina interna

Componente Teórico-prática
Aulas
Equilíbrio eletrolítico e ácido-base
Síndrome Febril indeterminado
Infeções respiratórias
Diagnóstico diferencial de “comas”
Diagnóstico Diferencial de diarreia
Normas de utilização de antibióticos
Interações medicamentosas mais frequentes
Workshops
Alterações do equilíbrio ácido-base
Eletrocardiografia

Anexo 3.3.- Saúde Mental

Gráfico 3.3.1.- Patologias observadas na enfermaria da Clínica 3

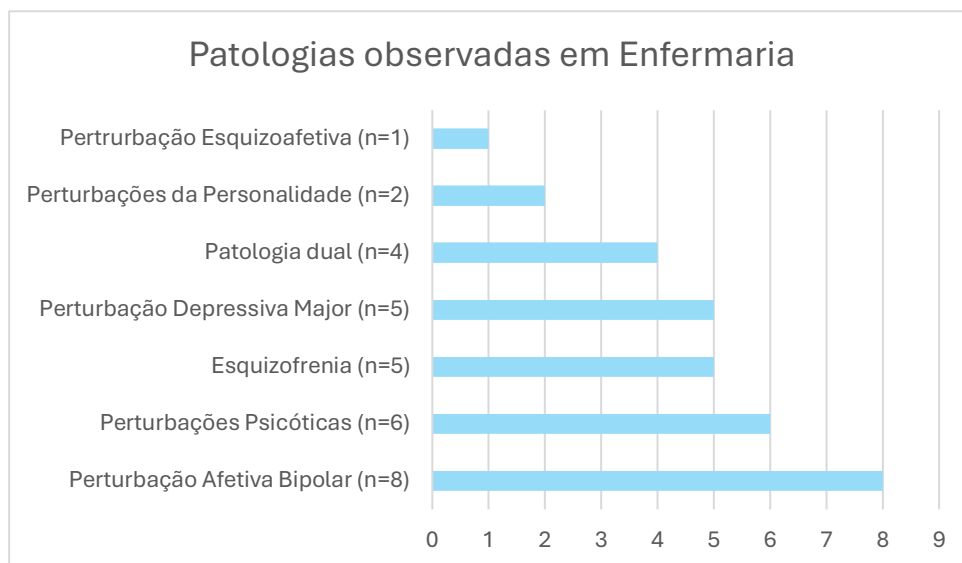


Tabela 3.3.1.- Motivo de ida ao Serviço de Urgência em Psiquiatria

Idade	Género	Motivo de ida ao SU
44	M	Perturbação Psicótica
45	M	Episódio Maníaco, em doente com Perturbação Afetiva Bipolar
75	F	Suspeita de acatisia, Perturbação da Personalidade Histriónica
55	M	Perturbação Psicótica
49	M	Perturbação Psicótica, em doente com Esquizofrenia
27	F	Ingestão Medicamentosa Voluntária

Tabela 3.2.2.- Componente teórico-prática de Saúde Mental

Aulas
Exame do Estado Mental
História Clínica
Terapêutica em Psiquiatria

Anexo 3.4.- Medicina Geral e Familiar

Gráfico 3.4.1.- Consultas observadas e realizadas em autonomia parcial em MGF

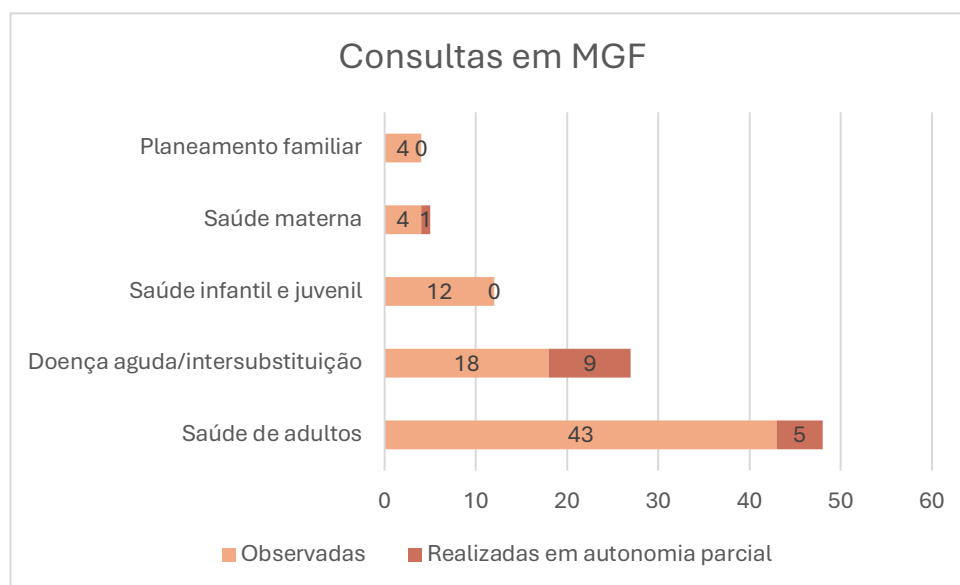


Tabela 3.4.1.- Problemas de saúde mais prevalentes nas consultas de MGF

Problemas	N.º consultas
Principais problemas nas consultas observadas	
1. K86- Hipertensão sem complicações	28
2. T93- Alteração do metabolismo dos lípidos	21
3. T90- Diabetes não insulino-dependente	16
4. T82- Obesidade	8
5. T89- Diabetes insulino-dependente	5
6. N17- Vertigens/tonturas	5
7. U71- Cistite/outra infeção urinária	4
8. R74- Infeção aguda do aparelho respiratório superior	4
9. M17- Osteoartrose do joelho	3
10. L86- Síndrome da coluna com irradiação de dores	2
Principais problemas nas consultas realizadas em autonomia parcial	
1. K86- Hipertensão sem complicações	4
2. T90- Diabetes não insulino-dependente	3
3. R74- Infeção aguda do aparelho respiratório superior	3
4. H01- Dor de ouvidos	2
5. W78- Gravidez	1

Anexo 3.5.- Pediatria

Tabela 3.5.1.- Atividades de enfermaria e patologias mais frequentes

Enfermaria	Nº de doentes	Diagnóstico mais frequente
UCIP	16	Queimadura grave
Infeciologia	10	Encefalite de etiologia a esclarecer
Medicina 5.1.	6	Bronquiolite viral

Tabela 3.5.2.- Atividades de consulta e patologias mais frequentes

Especialidade	Nº de consultas	Diagnóstico mais frequente
Endocrinologia	9	Diabetes Mellitus tipo 1
Imunoalergologia	6	Rinite alérgica
Cardiologia Pediátrica	6	Forámen oval patente

Tabela 3.5.3. Motivos de ida ao Serviço de Urgência

Motivo de ida ao Serviço de Urgência	Nº de doentes
Tosse	8
Rinorreia	6
Febre	5
Convulsão	5
Irritabilidade	5
Dor abdominal	2
Alterações cutâneas	2
Disúria	1
Otalgia	1
Recusa alimentar	1
Cefaleia	1
Náuseas e vômitos	1
Icterícia	1
Traumatismo crânio-encefálico	1
Crise vaso-oclusiva em criança com drepanocitose	1
Parestesia e dor neuropática do membro inferior esquerdo	1

Anexo 3.6.- Ginecologia e Obstetrícia

Tabela 3.6.1.- Consultas observadas e patologias mais frequentes

Tipo	Nº de consultas	Diagnóstico mais frequente
Ginecologia	34	Hemorragia uterina anómala
Obstetrícia	29	Vigilância normal da gravidez
Senologia	8	Vigilância de patologia benigna

Tabela 3.6.2.- Exames complementares de diagnóstico observados

Exame observado	Nº de doentes
Ecografia obstétrica	12
Ecografia ginecológica	10
Colposcopia	7
Histeroscopia	2

Tabela 3.6.3.- Procedimentos cirúrgicos observados

Procedimento observado	Nº de doentes
Ressectoscopia por via vaginal de pólo do endométrio	7
Ressectoscopia por via vaginal de mioma do endométrio	1
Aspiração e curetagem uterina	1
Histerectomia total por laparotomia	1

Gráfico 3.6.1.- Tipos de parto observados

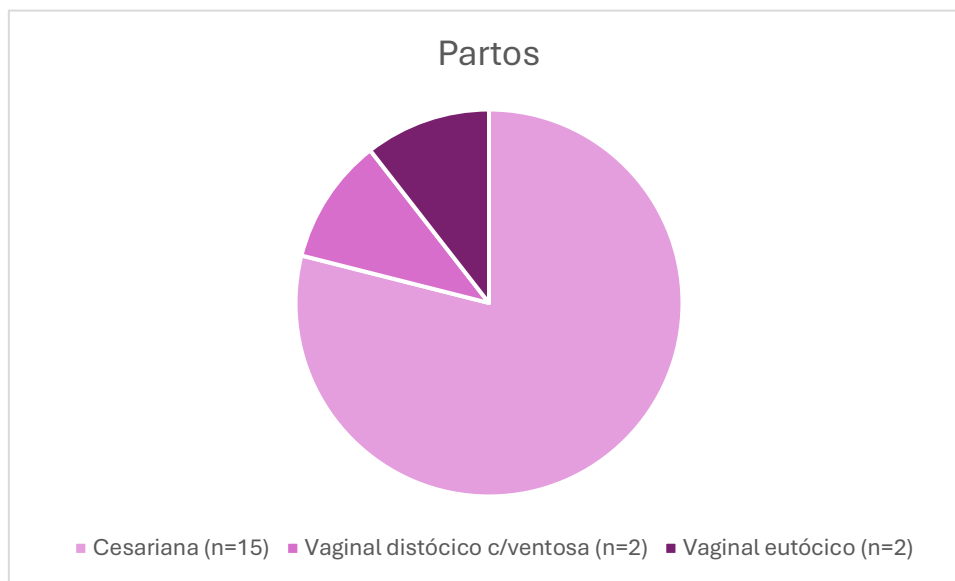


Gráfico 3.6.2.- Motivos de ida ao Atendimento Permanente

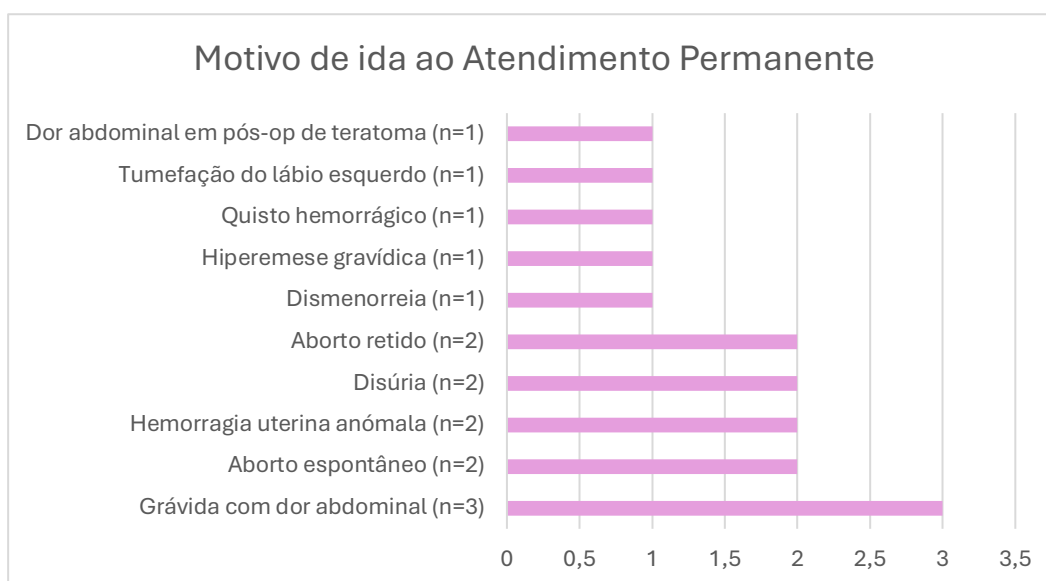


Tabela 3.6.4.- Componente teórico-prática de Ginecologia e Obstetrícia

Workshop “The Woman”
Ginecologia Oncológica
Planeamento Familiar
Vulvovaginite
Uroginecologia
Hemorragia Uterina Anómala
Gravidez Normal
Trabalho de Parto
Puerpério
Gravidez de Risco Clínico

Anexo 4- Certificados

Anexo 4.1.- Curso TEAM



Certificado

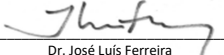
Pelo presente se certifica que

JOANA ANDRADE VIDAL

assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 12 e 13 de Setembro de 2024.

O Curso "TEAM" está integrado no currículo do 6º Ano do Mestrado Integrado de Medicina da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. É organizado pelo ATLS Portugal e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia, segundo o formato educativo proposto pelo American College of Surgeons para estudantes de Medicina.


Professor Doutor Rui Maio
Regente U.C. Cirurgia Estágio


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

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

Anexo 4.2.- Sessão de Simulação Luz Learning Health



Certificado de
participação

Joana Andrade Vidal

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS | Setembro 2024

Presencial | September 16, 2024 | 3 hours

Código de certificado: C-66e43e365ba29

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

Anexo 4.3.- Workshop Alterações do equilíbrio ácido-base



Certificado

Certificamos que **JOANA ANDRADE VIDAL, N° 2019301** participou no Workshop intitulado *Alterações do equilíbrio ácido base*, no dia 20 de novembro de 2024, lecionado pelo Professor Doutor Pedro Póvoa, incluído no programa de formação da UC Medicina Estágio Parcelar 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Professor Doutor Pedro Póvoa

Anexo 4.4.- Workshop Eletrocardiografia**Certificado**

Certificamos que **Joana Andrade Vidal, N° 2019301**, participou no Workshop intitulado *Eletrocardiografia*, no dia 04 de dezembro de 2024, lecionado pelo Dr. Vítor Mendes, incluído no programa de formação da UC Medicina Estágio Parcelar 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Dr. Vítor Mendes

Anexo 4.5.- Congresso Nacional de Estudantes de Medicina



Anexo 4.6.- MedInnovate: Dia da Educação Médica



MedInnovate AENMS - Dia da Educação Médica

— Participant Certificate



ISSUED BY:

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

NAME

Joana Andrade Vidal

ID CARD NUMBER

14017309

CERTIFICATE NUMBER/CODE

C-66f2d225c9a4f

LIST OF ATTENDED ACTIVITIES CAN BE FOUND ON THE NEXT PAGE

Anexo 4.7.- Palestras iMed Conference



Anexo 4.8.- Workshop Vitals in Virtual by Body Interact



Anexo 4.9.- Workshop Medicina Culinária

Anexo 4.10.- Estoril Conferences

**ESTORIL
CONFERENCES**
A FUTURE OF HOPE

TIME TO
RETHINK

CERTIFICATE

For due effects, it is certified that **Joana Andrade Vidal**, ID 14017309, attended the 9th Edition of the **Estoril Conferences** on October 24 and 25 of 2024 onsite, held by [Nova School of Business & Economics](#), [NOVA Medical School](#), [Municipality of Cascais](#), [Tourism of Portugal](#) and [Digital Data Design Institute at Harvard](#), in Carcavelos Campus in Cascais, Portugal.

A two-day journey covering all topics for **Planet**, for **Peace**, for **Health & Longevity**, for **AI & Tech** and for **Policies**, where students, faculty, civic society, world leaders and corporate institutions have worked with the same objective to inspire and turn knowledge into action.

We are deeply thankful for your presence and hope you had an excellent conference experience with insightful ideas and outcomes for further action in a world that needs change.

Let's ReThink the present together, reshaping the future.

Yours sincerely,
Estoril Conferences Team

PLANET PEACE POLICIES AI & TECH HEALTH & LONGEVITY

ORGANIZATION
NOVA
UNIVERSITY OF
LISBOA

NOVA
MEDICAL SCHOOL

DIGITAL
DATA
DESIGN
INSTITUTE
at HARVARD

CASCAIS

TURISMO DE
PORTUGAL

MORE AT

WWW.ESTORILCONFERENCES.ORG

SOCIAL MEDIA

Facebook, LinkedIn, Instagram, Twitter, and YouTube

Anexo 4.11.- Killing Us Softly

anem Certificado de Participação

Killing Us Softly 2.0 2024

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) certifica que Joana Vidal, com o número de identificação 14017309, participou no **Congresso Killing Us Softly 2.0**, um congresso *online* de Saúde Pública com o objetivo de formar estudantes de Medicina e Médicos Internos e Especialistas nas principais temáticas de Saúde Pública que influenciam a Saúde da Humanidade: Estilos de Vida, Saúde Mental, Alterações Climáticas e Sistemas de Saúde, e que se realizou nos dias 18, 19 e 20 de outubro de 2024.

Beatriz Morgado

Beatriz Morgado | Diretora de Saúde Pública da ANEM

Rita Ribeiro

Rita Ribeiro | Presidente da ANEM

Emitido por:

associação nacional de
estudantes de medicina

alameda prof. hernâni monteiro,
4200-319 porto



Anexo 4.12.- FutureMD



Anexo 4.13.- Curso "Literacy in AI Translations for Healthcare Settings"

