



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Ana Isabel Vilaça Rodrigues

Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Isabel Vilaça Rodrigues

Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Angiologia e Cirurgia Vascular

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque

Abril, 2010

FMUP

Nome: Ana Isabel Vilaca Rodrigues

Endereço electrónico: ma4075@med.up.pt

Título da ~~Dissertação/Monografia~~/Relatório de Estágio:

Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Nome completo do Orientador:

Prof. Doutor Roberto César Augusto Correia da Silva Roncon de Albuquerque

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Angiologia e Cirurgia Vascular

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia~~/Relatório de Estágio (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Ana Isabel Vilaca Rodrigues.

Eu, Ana Isabel Vilaga Rodrigues, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801075 aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Ana Isabel Vilaga Rodrigues

Agradecimentos

A realização do presente relatório representa o culminar de um objectivo académico a que a aluna se propôs, contudo este não teria sido possível sem a ajuda de um número considerável de elementos preponderantes do Serviço. Assim, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor Doutor Roberto Roncon de Albuquerque pela sua hábil orientação e disponibilidade, pelos seus conselhos e recomendações e ainda pelo apoio e acompanhamento prestado durante toda a elaboração deste relatório.

A todo o corpo clínico que acompanhou as actividades frequentadas neste período, pela sua prontidão em esclarecer dúvidas de carácter pedagógico e por todo o seu profissionalismo. Com especial atenção ao Prof. Doutor Sérgio Sampaio, Prof. Doutor Armando Mansilha, Dr. Emílio Silva, Dr. Costa Lima, Dr. Paz Dias, Dr.^a Dalila Marques e ao Técnico Rui Chaves por toda a ajuda prestada e conhecimento transmitido.

Às Secretárias, D^a Ana Oliveira e D^a Margarida Fernandes, pela simpatia e disponibilidade. De um modo particular à D^a Margarida, pela valiosa paciência e ajuda sem reservas que demonstrou, sempre que solicitada.

Resumo

Este relatório pretende descrever sumariamente as diversas actividades frequentadas durante os 15 dias de estágio no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) do Hospital de S. João (HSJ), no âmbito da disciplina Opcional – 6º ano – Angiologia e Cirurgia Vascular.

Durante a permanência no SACV foi possível frequentar as diferentes áreas de intervenção do serviço conhecendo, deste modo, o funcionamento detalhado do Serviço.

Com este estágio pretendeu-se, tendo por base uma amostra, tomar conhecimento das patologias mais frequentes, recordar os factores de riscos que para elas mais contribuem e compreender a minuciosa abordagem cirúrgica desta área, assistindo a técnicas inovadoras bem como da necessidade de uma actualização médico-científica permanente, a fim de prestar sempre os melhores cuidados a todos os utentes. Assim, integrou-se conhecimentos gerais quer da Patologia Vascular, quer da Cirurgia Vascular convencional e da nova era da Cirurgia Endovascular.

Dos 57 doentes observados no internamento a faixa etária mais prevalente foi entre 70-80 anos, sendo o principal motivo de internamento a Isquemia Grau IV dos membros inferiores. O factor de risco mais vezes presente foi a Hipertensão Arterial (HTA). Os tratamentos mais vezes instituídos foram, em igual frequência, o tratamento médico conservador e a amputação.

Quanto aos Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) apresenta-se o seu funcionamento de forma detalhada. Verificou-se ainda que os Factores de Risco Cardiovasculares (FRCV) mais frequentes foram dislipidemia, HTA e tabagismo.

No Serviço de Urgência a faixa etária mais prevalente foi entre 70-79 anos e o FRCV mais frequente foi a HTA, sumariando-se ainda quais os diagnósticos mais vezes encontrados.

Na Consulta Externa a faixa etária mais vezes registada foi entre os 60-79 anos. A Claudicação Intermitente foi o motivo mais frequente da consulta, sendo a HTA o FRCV mais prevalente.

Abstract

This report aims to describe briefly the various activities attended during the 15-day stage of the Department of Angiology and Vascular Surgery (SAVS) at the Hospital of St. João (HSJ), under the discipline Optional - 6th year - Angiology and Vascular Surgery.

During the stay in the SAVS could attend the different strands of the service, knowing thus, the detailed operation of the Service.

With this stage it was intended, based on a sample, to ascertain the most frequent pathologies, remember the risk factors that contribute most to them and understand the detailed surgical approach in this area, watching the innovative techniques and the need of an update medical and scientific standing in order to always provide the best care to all users. So, he joined a general understanding of both the Vascular Pathology, both of Vascular Surgery conventional and the new era of Endovascular Surgery.

Of the 57 patients treated in Hospital the most prevalent age group was between 70-80 years, being the main reason for hospitalization Ischemia Grade IV of lower limbs. The risk factor most often was Arterial Hypertension (HTA). The treatments imposed more often, in equal frequency, were the conservative medical treatment and amputation.

It is presented, in detail, the operation of some additional diagnostic tests. It was also found that cardiovascular risk factors were most frequent dyslipidemia, hypertension and smoking.

In Urgency Department the most prevalent age group was between 70-79 years and the most common cardiovascular risk factors was the HTA, and furthermore that the diagnoses most often found.

In Outpatient Consultation the age group most often reported was between 60-79 years. Intermittent Claudication was the most frequent reason of consultation; the HTA is the most prevalent cardiovascular risk factors.

Índice

Lista de Abreviaturas e Siglas	7
Introdução.....	8
Resenha Histórica do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular.....	10
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular.....	12
Espaço Físico.....	12
Recursos Humanos.....	13
Actividade Assistencial.....	14
Internamento.....	14
Meios Complementares de Diagnóstico.....	20
Serviço de Urgência.....	23
Consulta Externa.....	26
Bloco Operatório.....	28
Reuniões de Serviço.....	29
Considerações Finais.....	30
Referências Bibliográficas:	37
ANEXOS.....	38
APÊNDICES	43

Índice de Gráficos e Quadros

Gráficos

Gráfico 1: Distribuição por sexo dos doentes do internamento.....	15
Gráfico 2: Distribuição por faixa etária (em anos) dos doentes do internamento.....	16
Gráfico 3: Distribuição em frequência absoluta dos motivos de internamento.....	17
Gráfico 4: Distribuição em percentagem dos factores de risco presentes nos doentes internados.....	18
Gráfico 5: Relação entre os FR e os motivos de internamento.....	18
Gráfico 6: Tratamentos instituídos aos doentes internados no período observado.....	19
Gráfico 7: Distribuição em percentagem dos doentes que realizaram Angiografia por sexo.....	20
Gráfico 8: Distribuição em percentagem dos doentes que realizaram Angiografia por faixas etárias (em anos).....	21
Gráfico 9: Distribuição em percentagem dos FR presentes no estudo que realizaram angiografia.....	21
Gráfico 10: Distribuição em percentagem dos doentes vistos na urgência por sexo.....	23
Gráfico 11: Distribuição em percentagem da faixa etária (em anos) dos doentes vistos na urgência por sexo.....	24
Gráfico 12: Distribuição em percentagem dos FR presentes nos doentes vistos na urgência por sexo.....	24
Gráfico 13: Distribuição em percentagem das patologias observadas na urgência.....	25
Gráfico 14: Distribuição em percentagem da faixa etária (em anos) dos doentes vistos na consulta externa.....	26
Gráfico 15: Distribuição em percentagem dos FR presentes nos doentes vistos na consulta externa.....	27

Gráfico 16: Distribuição em percentagem dos doentes por motivo de consulta vistos na consulta externa.....	27
--	----

Quadros

Quadro 1 – Representa as cirurgias electivas a que se assistiu no Bloco Central, durante o período de estágio.....	28
--	----

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACV – Angiologia e Cirurgia Vascular
ACME – Artéria Cerebral Média
Art – Artéria
A-V –Arterio-venoso
CE – Consulta Externa
Cp – Comprimido
Cx – Cirurgia
DAOP – Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DM2 – Diabetes Mellitus Tipo 2
ECG – Electrocardiograma
FR – Factores de Risco
FRCV – Factores de Risco Cardiovasculares
HD – Hemodiálise
HSJ – Hospital de São João
HTA – Hipertensão Arterial
IMC – Índice de massa corporal
MCD – Meios Complementares de Diagnóstico
MI – Membro Inferior
MID – Membro Inferior Direito
MIE – Membro Inferior Esquerdo
MS – Membro Superior
PNV – Plano Nacional de Vacinação
RMN – Ressonância Magnética
SACV – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular
SAM – Serviço de Apoio ao Médico
SU – Serviço de Urgência
TC – Tomografia Computorizada
TVP – Trombose Venosa Profunda
UMA – Unidades maço/ano
VGS – Veia Grande Safena
VO – Via oral

Introdução

O fascínio pela Medicina manifestou-se ainda em tenra idade, com especial motivação pelas áreas Cirúrgicas. O primeiro contacto directo com a Cirurgia Geral e com a Angiologia e Cirurgia Vascolar (ACV) em particular, estabeleceu-se no 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina, no entanto, prevaleceu e intensificou-se o desejo de aprofundar mais os conhecimentos nesta área. Assim, quando surgiu a oportunidade, foi sem hesitação que se escolheu a ACV como tema de realização do presente relatório, no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Porto. Este foi elaborado durante a frequência da disciplina opcional de ACV, decorrendo no período de 23 de Novembro a 4 de Dezembro. A Regência da Disciplina encontra-se a cargo do Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque.

Neste contexto, pretendeu-se com a frequência deste estágio aprofundar os conhecimentos acerca desta área cirúrgica que tem vindo a demonstrar avanços meteóricos e consolidar conhecimentos, nomeadamente acerca dos factores de risco, patologias vasculares e tratamentos, conservadores e cirúrgicos, adequados para as mesmas. Pretendeu-se compreender qual o impacto destas patologias actualmente na sociedade e qual o seu reflexo na diminuição da qualidade de vida. Tendo em conta esta reflexão procurou-se ainda realizar uma breve abordagem à perspectiva futura da Cirurgia Vascolar.

Este relatório de estágio está organizado em quatro capítulos que se seguem à Introdução. O primeiro é dedicado a uma Resenha Histórica do Serviço de Cirurgia e Angiologia Vascolar.

O segundo capítulo centra-se na descrição do SACV, nomeadamente o seu espaço físico e recursos humanos.

O capítulo seguinte é composto pela descrição do funcionamento das várias áreas do SACV, bem como pela apresentação dos resultados colhidos durante as actividades assistenciais (por ordem, Internamento, MCD, Serviço de Urgência (SU), Consulta Externa (CE), Bloco Operatório e Reuniões de Serviço).

Dedica-se o último capítulo deste relatório à apresentação das considerações finais, apresentando os dados mais relevantes colhidos ao longo do período de estágio. Procurou-se ainda fazer uma “ponte” entre os dados, tendo por base os indicadores de

um relatório de estágio realizado no serviço há mais de 20 anos. Ao longo desta abordagem, faz-se referência às perspectivas futuras da ACV.

Resenha Histórica do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular

Em 1959 um grupo de cirurgiões pertencentes ao Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital de São João (HSJ) reuniu-se para possibilitar a realização de angiografias, de uma consulta vocacionada para a patologia vascular e ainda assumir dois tempos de bloco operatório por semana. Entre 1966 e 1974 o Serviço de Clínica Cirúrgica era constituído por seis camas de homens e quatro de mulheres. Nessa altura, este era liderado pelo Dr. António Maria Tenreiro (por indicação do Prof. Doutor Álvaro Rodrigues). A equipa era composta pelo Prof. Doutor António Braga, Dr. António Maria Tenreiro, Dra. Fernanda Viana, Dr. Fernando Andrade, Dr. Carlos Barradas do Amaral e após 1971 o Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque. De salientar que o Dr. António Maria Tenreiro iniciou de modo pioneiro no HSJ algumas técnicas de cirurgia cardíaca, incluindo o recurso a circulação extra-corporal, técnicas estas que transmitiu aos seus colaboradores. Foi ainda co-autor dos primeiros trabalhos publicados, de índole vascular.

De uma forma natural mas necessária, dada a evolução dos métodos, foi-se procedendo à implementação no HSJ dos procedimentos emergentes e inovadores de carácter vascular.

O Prof. Doutor António Braga em 1975 foi nomeado Chefe de Serviço e os restantes médicos envolvidos como assistentes hospitalares. Foi ainda responsável pela criação do Laboratório de Hemodinâmica Vascular e estendeu a consulta externa ao Hospital de Viana.

Em 1977 foi formalmente criado o Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular e em Fevereiro de 1979 o Prof. Doutor António Braga assumiu o cargo de Director de Serviço, tendo sido o cargo de Chefe de Serviço já assumido a esta data pelo Dr. António Tenreiro. Este último foi substituído pela Dra. Fernanda Viana em 1988 que, após a jubilação do Director de Serviço e no período de Junho de 2000 a Maio de 2003, assumiu a Direcção do Serviço.

A 23 de Maio de 2003 e por cessação definitiva de funções da Dra. Fernanda Viana, o Prof. Doutor Roncon de Albuquerque foi nomeado para o cargo de Director de Serviço. A 5 Março de 2004 foi provido a Chefe de Serviço após concurso a nível Nacional e renomeado, a 4 de Abril de 2006, Director de Serviço, cargo que mantém até ao momento. De realçar que o Prof. Doutor Roncon de Albuquerque foi eleito Vice-

presidente da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular em Junho de 2004 e Presidente do Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos em Julho de 2006 e é reeleito, ocupando o cargo durante mais três anos. Desde Abril de 2008 tornou-se Professor Agregado de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (VII Grupo).

Dois assistentes hospitalares: Professores Armando Mansilha e Sérgio Sampaio concluem o Doutoramento em Medicina respectivamente em 4 de Julho de 2004 e 26 de Julho de 2005.

A 16 de Dezembro de 2008 a 2ª vaga de Chefe de Serviço é ocupada pelo Dr. José Fernando Teixeira por concurso efectuado no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) e presidido pelo Prof. Doutor Roncon de Albuquerque. [1]

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular

Espaço Físico

O Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular situa-se no 5º piso do HSJ e é composto pelos seguintes espaços:

- O internamento tem a capacidade total de 30 camas distribuídas por 6 enfermarias (uma de 8 camas, duas de 6, duas de 4), um quarto de duas camas e um de uma cama reservada para situações especiais de isolamento
- Sala de cuidados de penso
- Sala de enfermagem equipada com 2 computadores e impressora a laser
- Sala de trabalho de enfermagem
- Sala de informática equipada com 4 computadores e impressora a laser,
- Biblioteca adaptada para sala de reuniões com sistema de projecção vídeo, slides ou angiografias.
- Laboratório de Hemodinâmica, dividido em duas salas, para realização de ecodoppler, de estudos hemodinâmicos que dispõe de aparelho para realização de fluxometria doppler, pletismografia e fotopletismografia, bem como aparelho de ecografia bidireccional.
- Possui ainda copa e refeitório
- Gabinete de secretariado
- Gabinete administrativo
- Sala de convívio
- Vestiários
- Gabinete de chefia de enfermagem
- Gabinete do Director de Serviço.

O SACV tem geralmente ainda ao dispor, por dia, 2 camas monitorizadas na Unidade de Cuidados Intermédios Gerais e 1 cama na Unidade de Cuidados Intensivos, quando não preenchida por outros Serviços.

Recursos Humanos

Director do Serviço

- Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque

Chefe de Serviço

- Dr. José Teixeira

Assistente Hospitalar Graduado

- Dr. Emílio Silva

Assistentes Hospitalares

- Dr. Rocha e Silva
- Prof. Doutor Armando Mansilha
- Prof. Doutor Sérgio Sampaio
- Dr. Jorge Costa Lima
- Dr. Fernando Dourado Ramos
- Dr. Alfredo Cerqueira
- Dr. Pedro Paz Dias
- Dr. Eurico Norton
- Dr.^a Isabel Vilaça

Internos Complementares

- Dr. Paulo Gonçalves Dias
- Dr.^a Joana Carvalho
- Dr. Pedro Almeida
- Dr.^a Dalila Marques
- Dr. José Lopes
- Dra. Ana Sofia Pinto
- Dr. Mário Vieira

Estes médicos organizam-se em equipas constituídas por um Especialista, um interno e por vezes um interno de outra especialidade cirúrgica, a realizar valência no SACV.

Actividade Assistencial

O cronograma das actividades realizadas no estágio apresenta-se em Apêndice I.

Internamento

O Internamento é constituído por 6 enfermarias, um quarto com duas camas e um quarto de isolamento, o que perfaz um total de 31 camas. Os doentes aqui internados podem provir do SU, da CE ou de outros serviços do HSJ.

Estes são atentamente monitorizados, pois diariamente, pelas 8.30h, o Director de Serviço, uma equipa de médicos (especialistas e internos complementares) e uma enfermeira, passa visita a todas as enfermarias, podendo assim, com o auxilio dos relatos dos doentes e da equipa de enfermagem), actualizar-se acerca do seu estado clínico e evolução no internamento, realizar breves exames físicos, discutir medidas terapêuticas a instituir, quer sejam estas médicas ou cirúrgicas.

No caso da abordagem ser cirúrgica é de registar a importância da Unidade de Recobro, onde se faz o seguimento dos doentes no pós-operatório imediato. Ainda fora do espaço físico do SACV são de referir a Unidade de Cirurgia Programada e a Unidade de Cuidados Intensivos.

Quando os doentes já não precisam mais de cuidados hospitalares, os doentes têm alta e são indicados para a Consulta Externa, onde são seguidos pelos respectivos especialistas. Se ainda necessitarem de permanecer no Hospital, com vista a diminuir a sobrelotação do SACV, são enviados para o seu Hospital de residência, cumprindo aí o período pós-operatório.

À data de alta, é dada ao doente uma nota de alta elaborada pela equipa que o acompanhou durante o seu internamento, que contém todas as informações clínicas relativas ao doente, nomeadamente diagnósticos, procedimentos médicos e/ou cirúrgicos efectuados, bem como assinaladas as intercorrências relevantes durante este período, se assim se justificar. Quanto aos Meios Complementares de Diagnóstico, estes ficam gravados numa base de dados informática, Serviço de Apoio ao Médico (SAM), sendo acessíveis para consulta da equipa médica, sempre que necessário.

As situações acima referidas puderam ser presenciadas pela aluna durante as passagens de visita diárias e por visitas regulares de iniciativa própria à enfermaria, durante e fora do período de estágio, com vista a recolher, mais fidedignamente, informação clínica dos doentes no internamento. Durante o período de estágio, a aluna recolheu ainda uma história clínica completa [ver Apêndice II].

Os gráficos seguintes (1-6) dizem respeito aos 57 doentes seguidos no internamento durante o período de estágio.

O gráfico 1 contém a distribuição pelo sexo dos doentes no internamento.

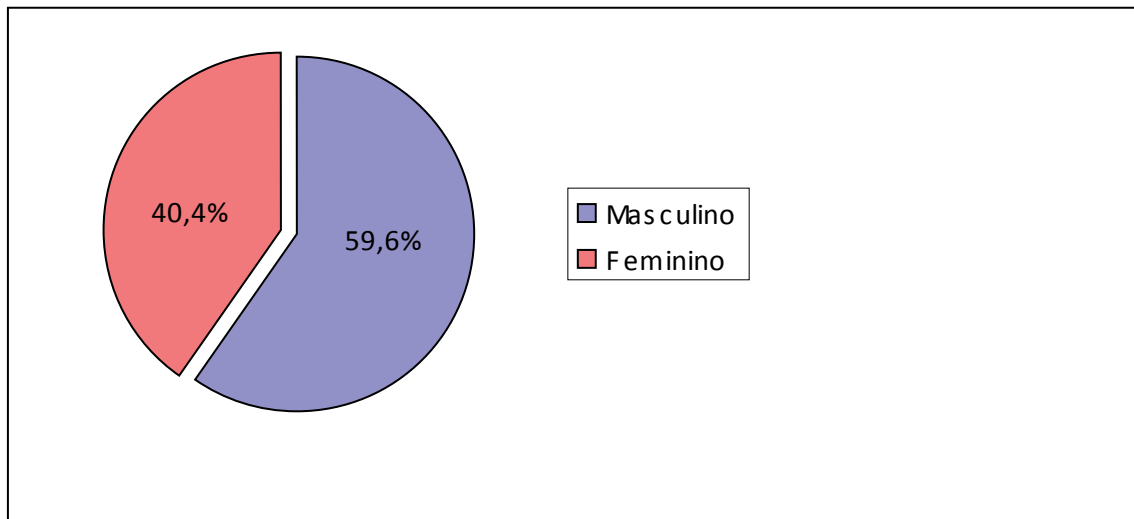


Gráfico 1: Distribuição por sexo dos doentes do internamento

O gráfico 2 contém a distribuição por faixas etárias dos doentes no internamento.

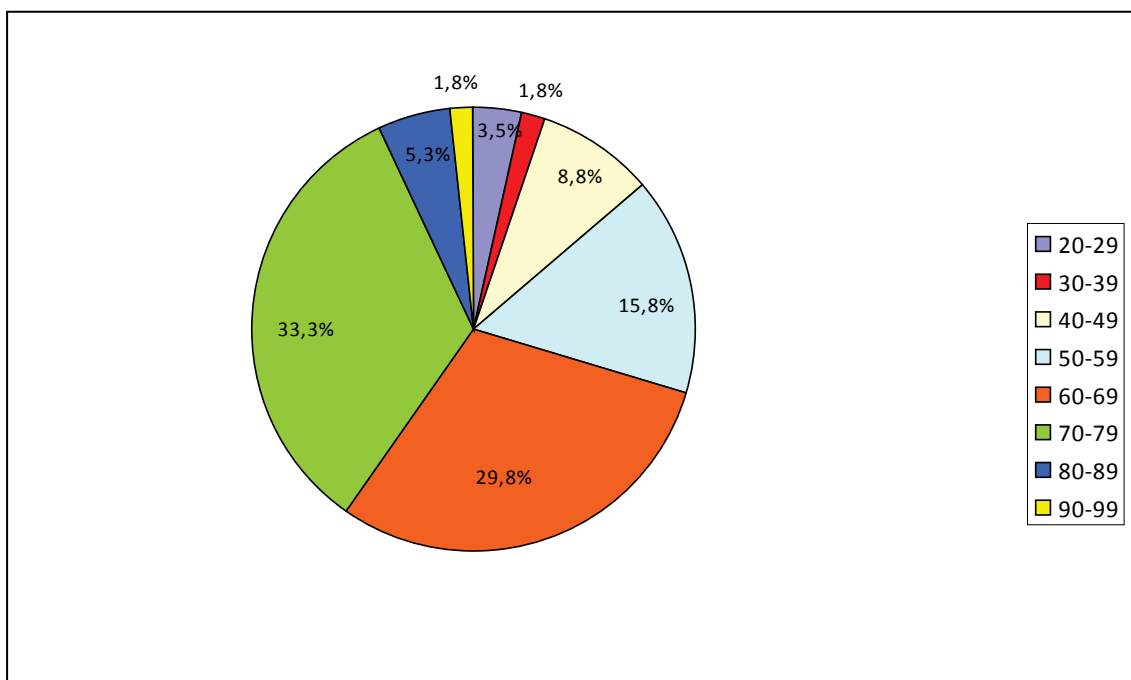


Gráfico 2: Distribuição por faixa etária (em anos) dos doentes do internamento

O gráfico 3 representa em frequências absolutas os diagnósticos presentes nos doentes do internamento.

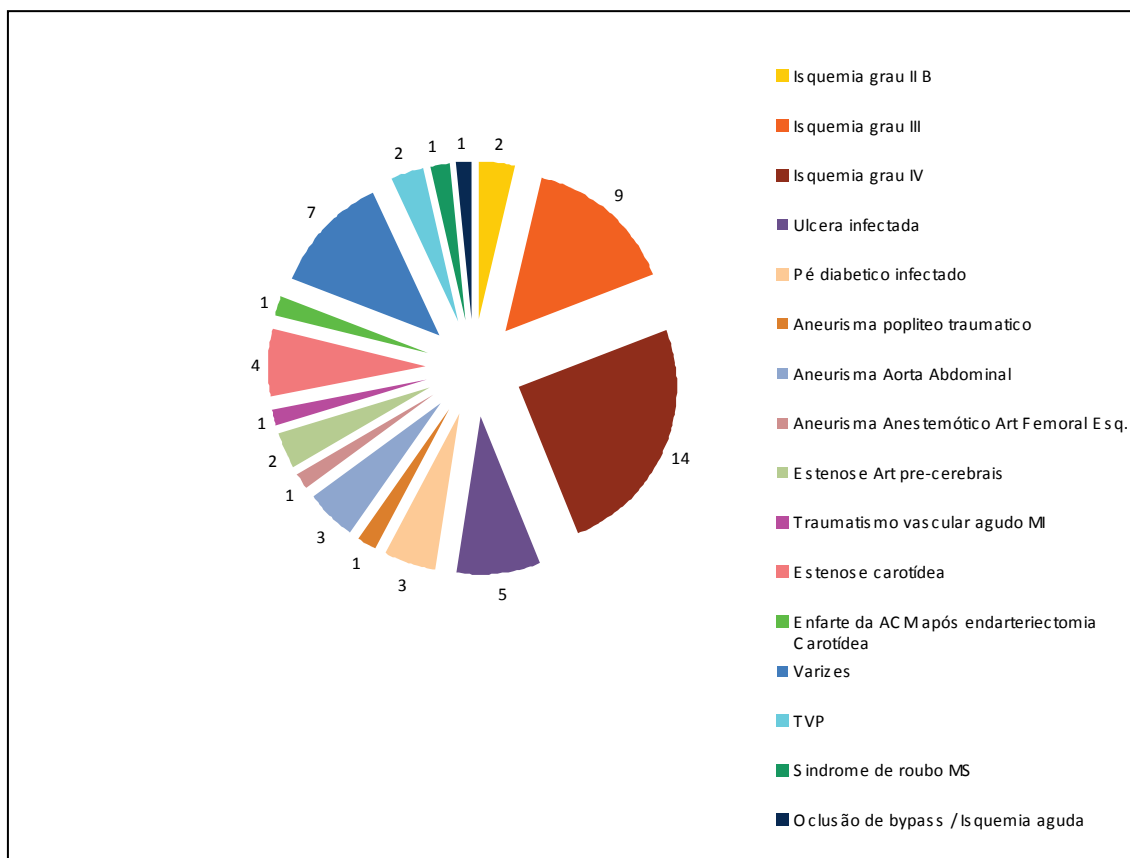


Gráfico 3: Distribuição em frequência absoluta dos motivos de internamento. [Nota: Art – Artéria; Esq. – Esquerda; MI – membro inferior; ACM – Artéria cerebral média; TVP – Trombose Venosa Profunda; MS – Membro Superior]

A doença arterial periférica revela-se como uma doença de carácter sistémico, que afecta predominantemente o idoso, sendo um dos principais motivos de internamento no SACV. Pela relevância clínica que assume, o SACV realizou uma revisão do tema apresentado no trabalho “ A doença arterial periférica no idoso” [Anexo I].

O gráfico 4 representa a percentagem dos Factores de Risco (FR) presentes nos doentes internados

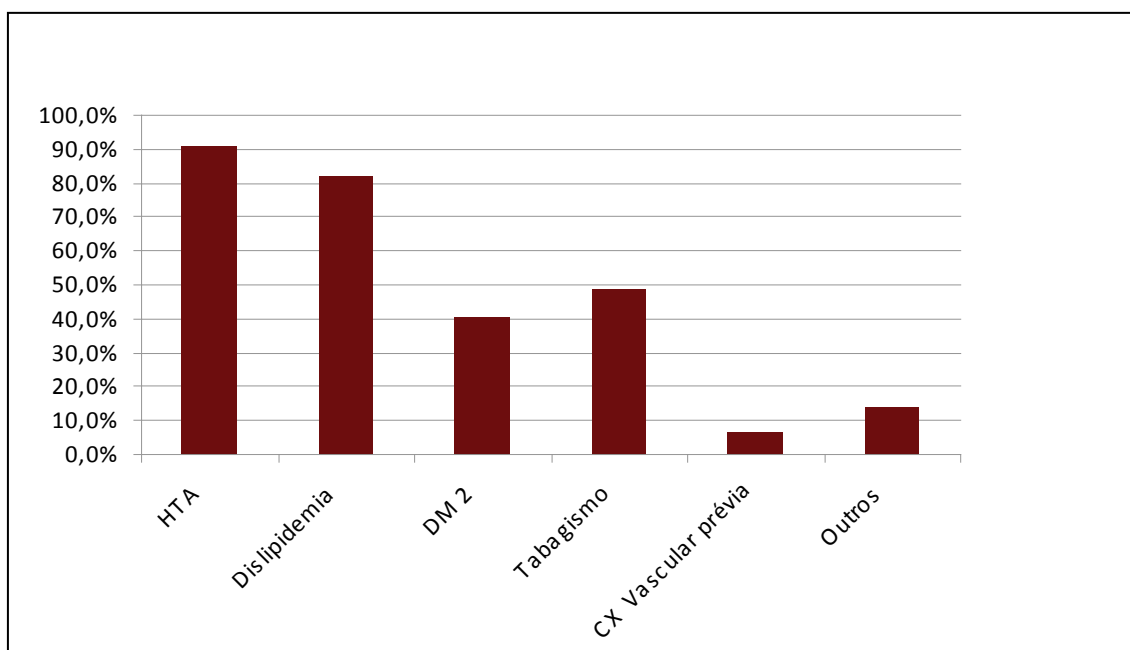


Gráfico 4: Distribuição em percentagem dos factores de risco presentes nos doentes internados.

[Nota: HTA – Hipertensão arterial; DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2; CX - Cirurgia]

O gráfico 5 relaciona os FR com os diagnósticos dos pacientes internados:

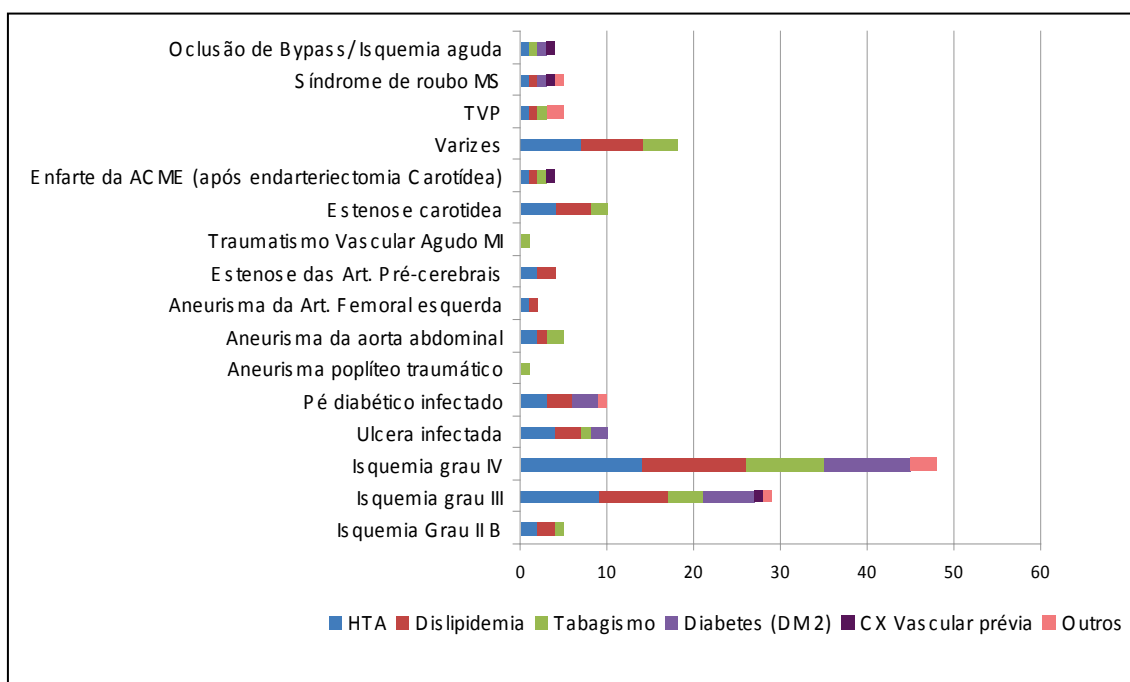


Gráfico 5: Relação entre os FR e os motivos de internamento. [Nota: MS – Membro Superior;

TVP – Trombose Venose Profunda; MI – Membro Inferior; ACM – Artéria Cerebral Média; Art. – Artéria; HTA – Hipertensão arterial; DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2; CX – Cirurgia.]

Por fim o gráfico 6 apresenta, em frequência absoluta, os tratamentos instituídos a diversos doentes no período de internamento:

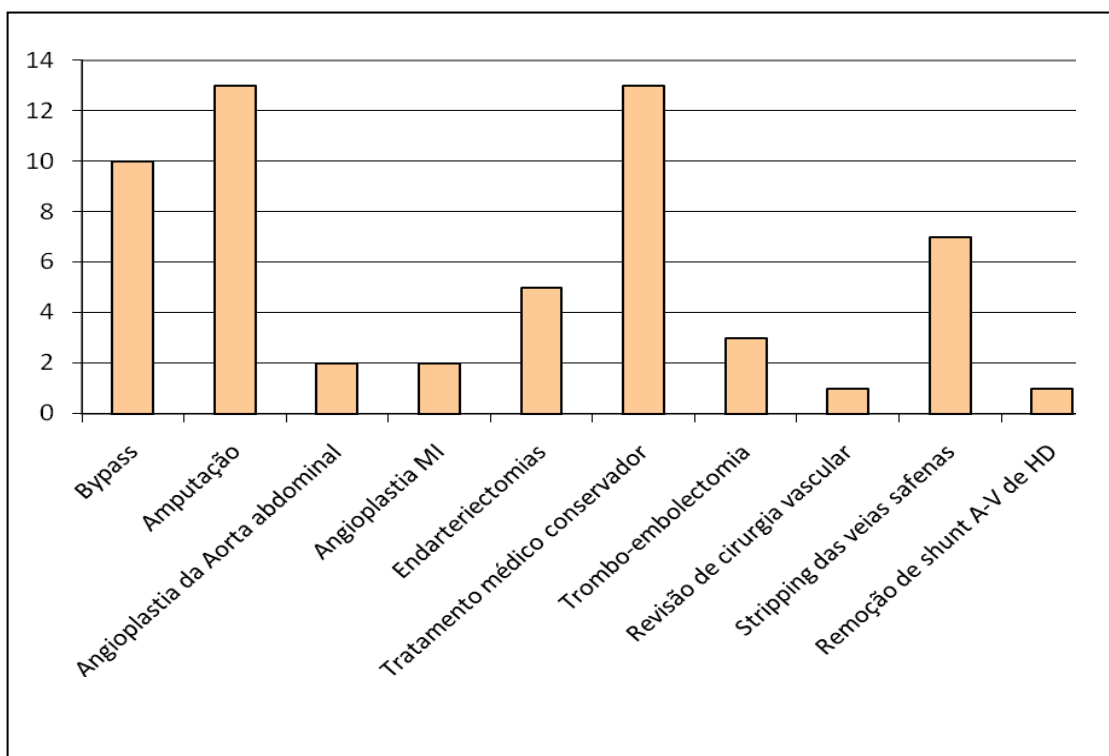


Gráfico 6: Tratamentos instituídos aos doentes internados no período observado. [Nota: MI – Membro Inferior; A-V – Arterio-Venoso; HD - Hemodiálise.]

A propósito dos tratamentos cirúrgicos instituídos, foi possível aceder a vários trabalhos publicados nos últimos anos pelo SACV. Destacam-se os estudos realizados, com base na experiência cirúrgica de alguns anos, nomeadamente acerca das Endarteriectomias (“*Endarteriectomia Carotídea no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular*” [Anexo II] e “*Endarteriectomia Carotídea por eversão “versus” não eversão: Análise Retrospectiva*” [Anexo III]) e do tratamento por Bypass (“*Bypass femoro-poplíteo supra-genicular: Análise Retrospectiva de 5 anos*” [Anexo IV] e “*Resultados da Cirurgia de Revascularização femoro-distal: Análise Retrospectiva de 5 anos*” [Anexo V]).

Meios Complementares de Diagnóstico

Durante o período de estágio assistiu-se à realização de Angiografias, na Unidade de Angiorradiografia, piso 1. Esta é feita através do Sistema de Angiografia Digital monopiano Philips Integris 3000 com injector de pressão e central de tratamento de imagens. A sala onde este equipamento se encontra possui também equipamento para ventilação mecânica o que torna possível a realização de Angiografias sobre anestesia geral. Existe ainda uma Unidade móvel de Raio X Philips BV 29.

Com o Prof. Doutor Sérgio Sampaio foi possível compreender, de forma breve, em que consistia esta técnica, bem como recolher notas resumidas acerca dos doentes submetidos a este exame.

Em seguida apresentam-se os dados clínicos mais relevantes (Gráficos 7,8 e 9).

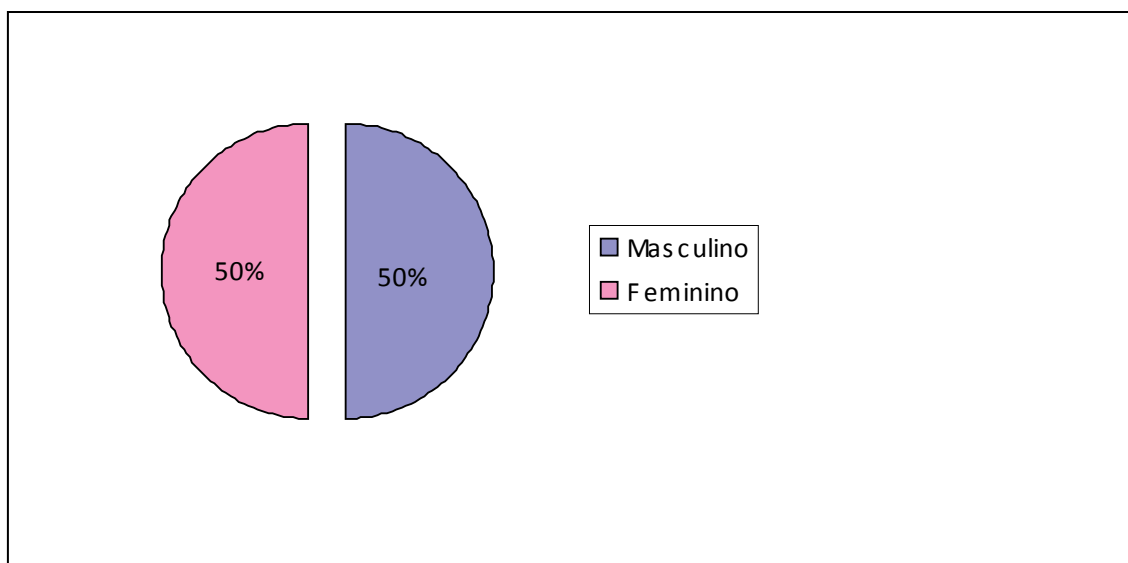


Gráfico 7: Distribuição em percentagem dos doentes que realizaram Angiografia por sexo.

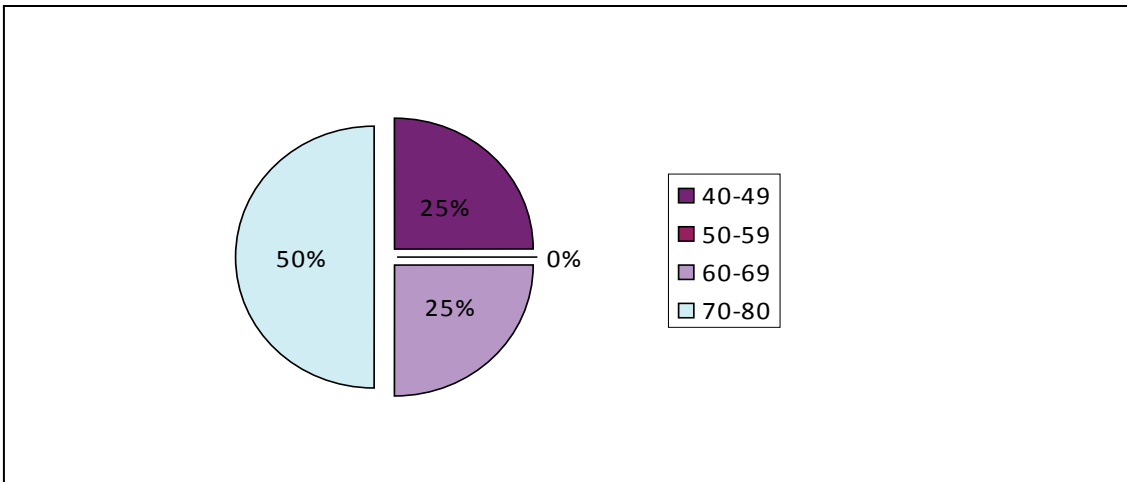


Gráfico 8: Distribuição em percentagem dos doentes que realizaram Angiografia por faixas etárias (em anos).

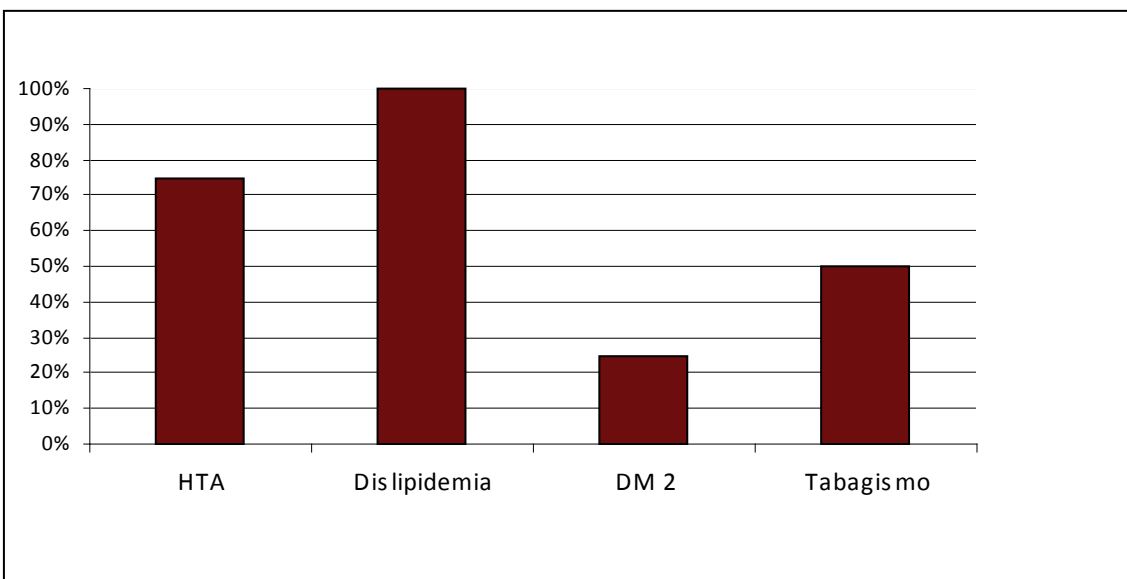


Gráfico 9: Distribuição em percentagem dos FR presentes no estudo que realizaram angiografia. [Nota: HTA – Hipertensão arterial; DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2]

Existem ainda mais dois gabinetes com vários aparelhos para a realização de vários estudos, extremamente úteis no diagnóstico e/ou despiste de diversas patologias.

Conforme foi explicado pelo técnico Rui Chaves, os exames aqui realizados são:

- Fluxometria doppler arterial segmentar dos membros inferiores
- Fluxometria doppler arterial distal dos membros inferiores
- Pletismografia
- Fotopletismografia
- Ecodoppler carotídeo e vertebral
- Ecodoppler venoso dos membros inferiores
- Ecodoppler arterial dos membros inferiores

Os aparelhos usados na Sala de Estudos Hemodinâmicos são:

- Unidade Nicolet-Vasoguard que permite a medição das pressões segmentares simultâneas, fotopletismografia e pletismografia de ar.
- Quatro aparelhos Doppler portáteis de emissão contínua unidireccional.
- GE Logic 7e expert com 1 sonda linear

A Sala de EcoDoppler possui:

- Ultrasonografia bidireccional Sonicaid Vasoflow 4.
- GE Logic 5 expert com 2 sondas lineares e uma sonda curvilínea (7MHz e 10MHz, respectivamente).

Estão também disponíveis:

- Triplex Scan Diasonics Synergy Ultrasound Multysinc M500, nas instalações da CE.
- Dois aparelhos EcoDoppler, um no Bloco Operatório Central e outro no SACV.

Serviço de Urgência

O SU no SACV funciona 24h em regime de chamada. As patologias que mais frequentemente motivam o pedido de colaboração são:

- Trombose Venosa Profunda (TVP) e superficial dos membros inferiores (MI)
- Isquemia crítica aguda (Grau III e IV)
- Úlceras crônicas infectadas (de origem arterial ou venosa)
- Complicações decorrentes de pé diabético
- Ruptura de aneurismas

Presenciou-se o funcionamento do SU durante três tardes, com o Dr. Costa Lima e com o Prof. Doutor Sérgio Sampaio.

Em seguida apresentam-se os dados recolhidos durante essa permanência (Gráficos 10,11,12):

No Gráfico 10 apresenta-se a percentagem dos doentes vistos divididos por sexo:

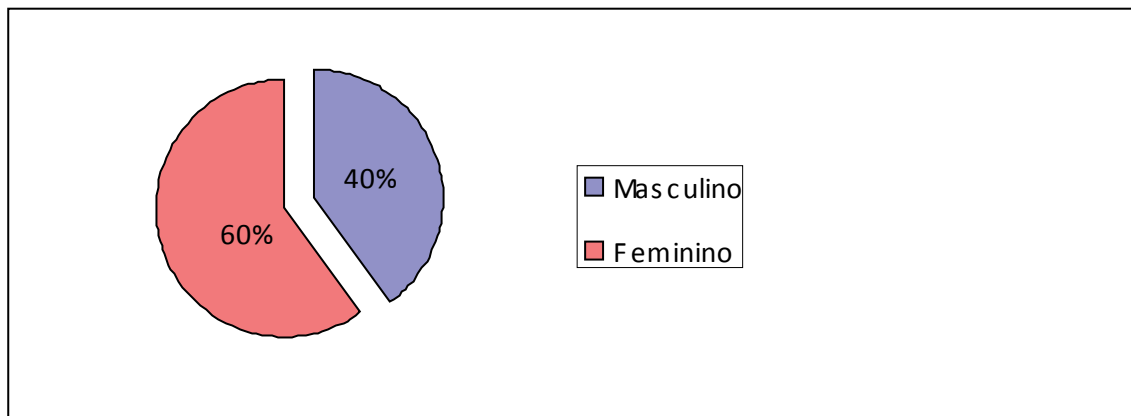


Gráfico 10: Distribuição em percentagem dos doentes vistos na urgência por sexo.

No Gráfico 11 apresenta-se a distribuição por idades:

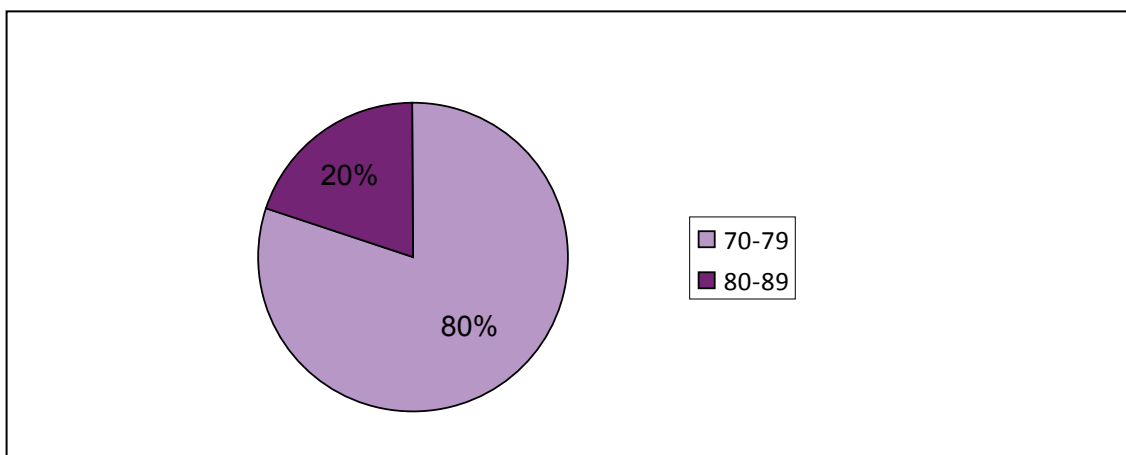


Gráfico 11: Distribuição em percentagem da faixa etária (em anos) dos doentes vistos na urgência por sexo.

No Gráfico 12 encontram-se os FR mais prevalentes:

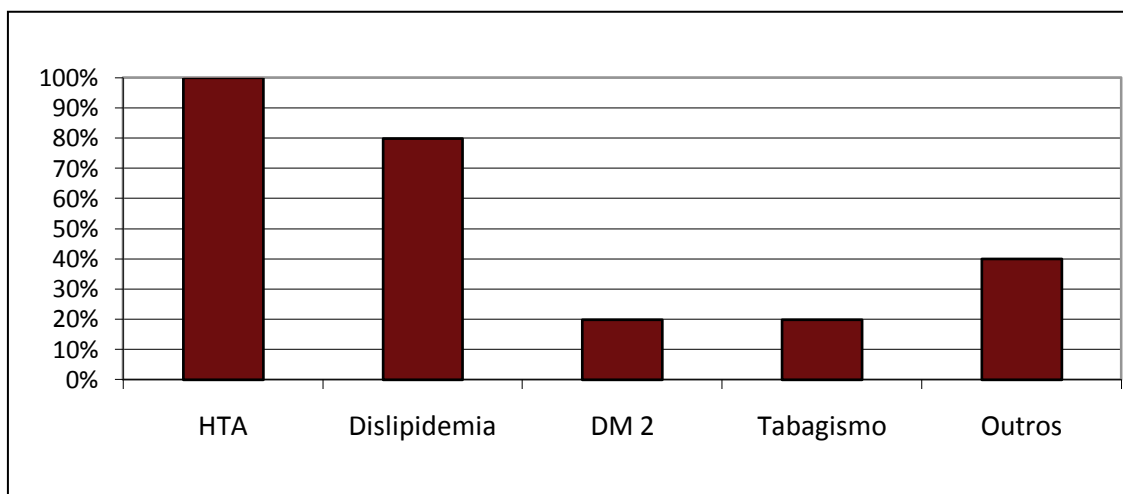


Gráfico 12: Distribuição em percentagem dos FR presentes nos doentes vistos na urgência por sexo.

[Nota: HTA – Hipertensão arterial; DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2]

No Gráfico 13 observam-se as patologias mais frequentes:

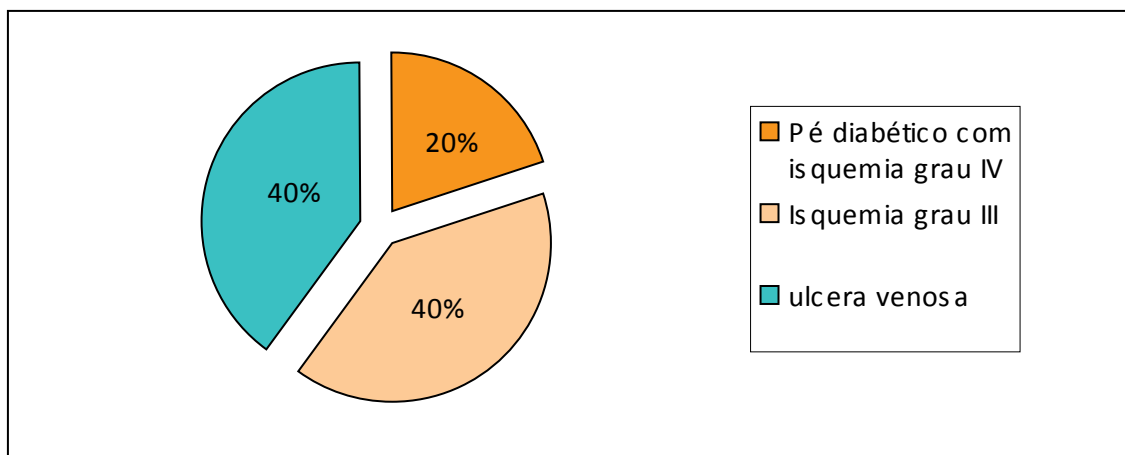


Gráfico 13: Distribuição em percentagem das patologias observadas na urgência.

Consulta Externa

Existem 3 gabinetes para a realização das consultas e uma sala de pensos. Nesta última foi possível observar o follow-up de muitos doentes em recuperação, principalmente de úlceras infectadas.

Os doentes que são referenciados para a consulta podem vir:

- Por indicação do seu médico assistente
- Do SU para follow-up de patologia não aguda
- Follow-up de pós internamento e/ou pós-operatório
- Por pedidos de colaboração de outras especialidades intra-hospitalares

No decorrer deste estágio foi possível assistir a consultas com Prof. Doutor Sérgio Sampaio e com a Dr.^a Dalila Marques.

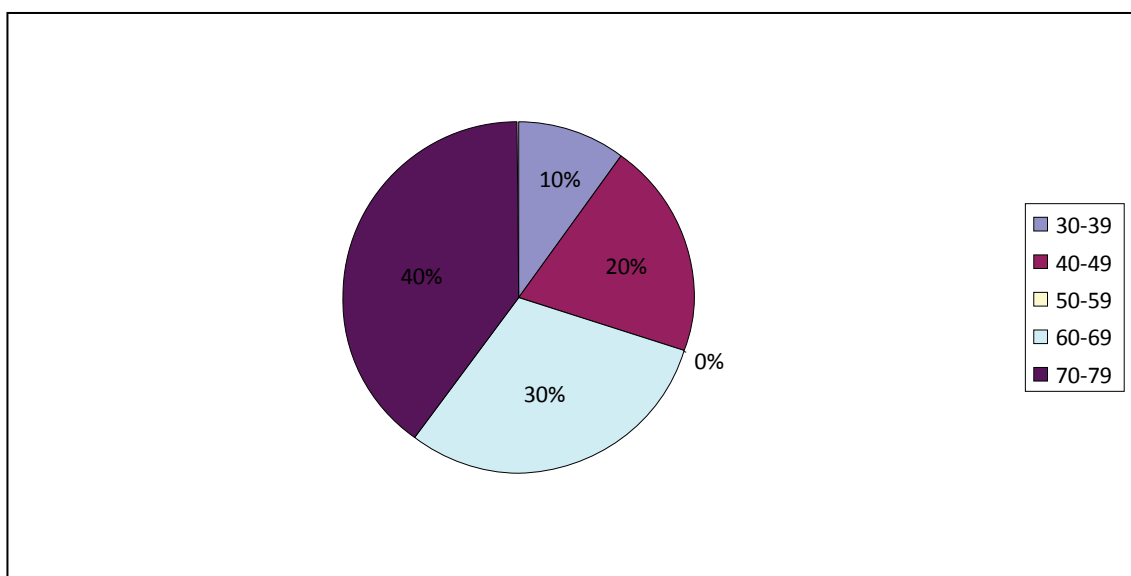


Gráfico 14: Distribuição em percentagem da faixa etária (em anos) dos doentes vistos na consulta externa.

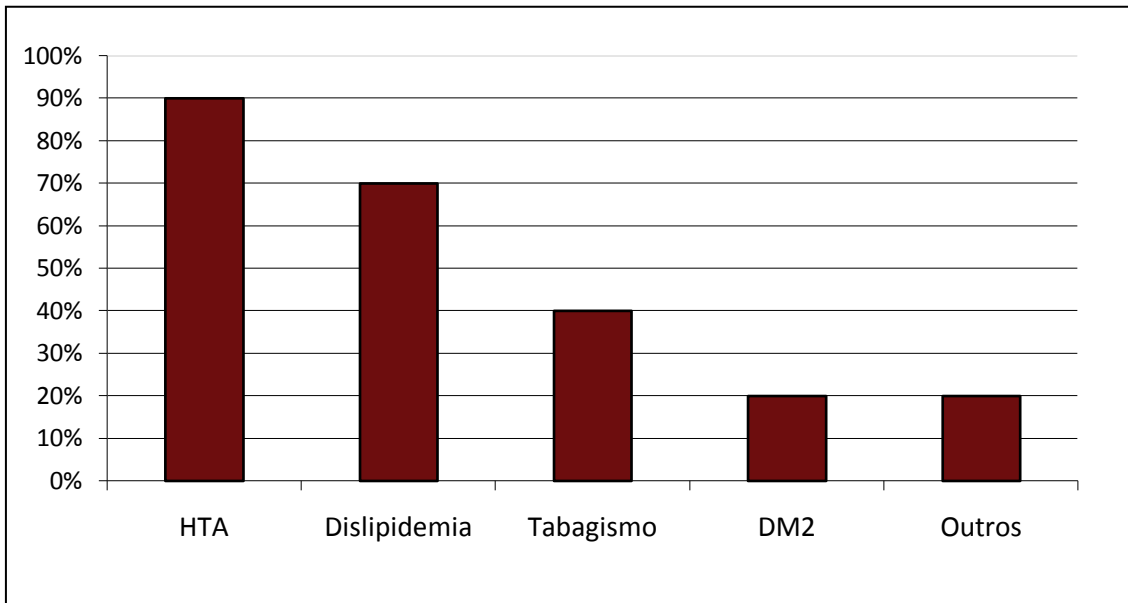


Gráfico 15: Distribuição em percentagem dos FR presentes nos doentes vistos na consulta externa.

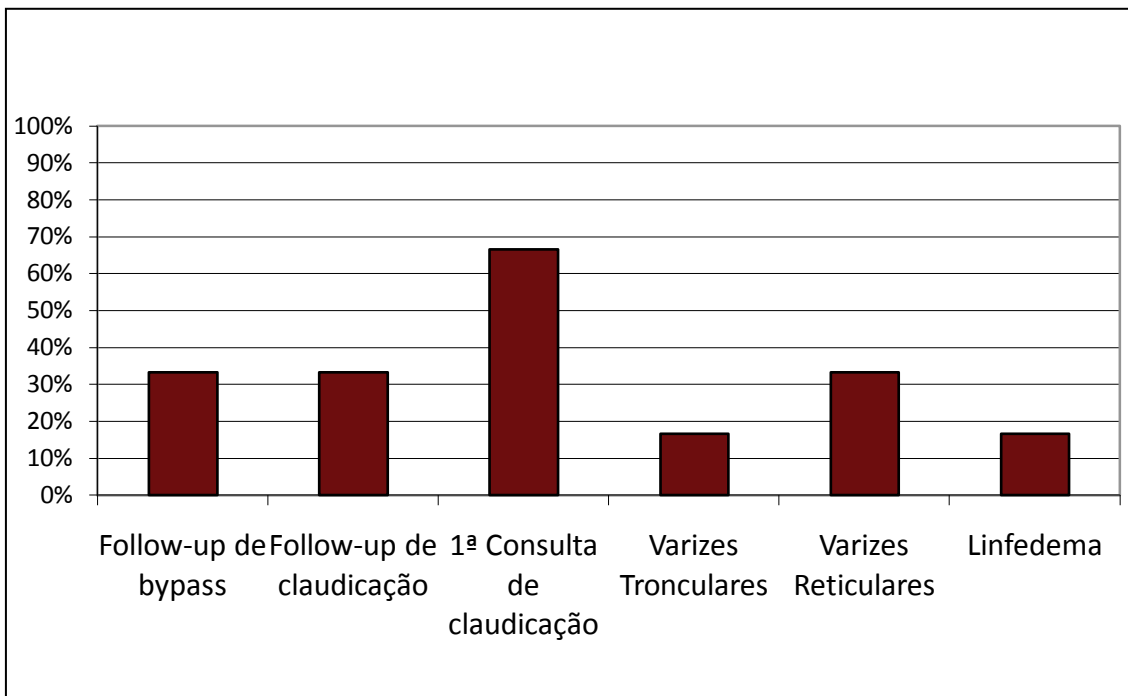


Gráfico 16: Distribuição em percentagem dos doentes por motivo de consulta vistos na consulta externa.

Bloco Operatório

O Bloco Central dispõe de uma sala onde o SACV opera cinco dias por semana, de manhã e de tarde, à excepção da 6ª feira em que funciona só de manhã.

No Bloco Operatório assistiu-se a cirurgias que tiveram como cirurgião principal: Prof. Doutor Armando Mansilha, Dr. Emílio Silva, Dr. Paz Dias e Prof. Doutor Sérgio Sampaio. As cirurgias observadas estão representadas na Tabela 1. Para cada intervenção é indicada a idade e sexo do doente, o motivo pelo qual o doente se encontrava internado e a presença de FRCV.

Quadro 1 – Representa as cirurgias electivas a que se assistiu no Bloco Central, durante o período de estágio.

Cirurgia efectuada	Endarteriectomia carotídea direita com utilização de “patch” para encerramento	Angioplastia da aorta abdominal	Endarteriectomia carotídea esquerda com utilização de “patch” para encerramento	Bypass femoro-poplíteo com veia safena interna	Bypass femoro-poplíteo com veia safena interna
Sexo/ Idade	Masculino; 70 anos	Masculino; 72 anos	Feminino; 73 anos	Masculino; 59 anos	Masculino; 74 anos
Motivo de internamento	Doença Cerebrovascular extra-craniana por estenose carotídea >90%	Aneurisma da aorta abdominal	Doença cerebrovascular extra-craniana por estenose carotídea > 95%	Claudicação intermitente (isquemia grau III)	Claudicação intermitente (isquemia grau III)
FRCV	Dislipidemia e HTA	Dislipidemia, HTA e tabagismo	Dislipidemia, HTA e DM2	Dislipidemia, HTA e tabagismo	Dislipidemia e HTA

Reuniões de Serviço

Semanalmente, à 6^afeira pelas 8.30h, decorre uma reunião de serviço na biblioteca, presidida pelo Prof. Doutor Roncon, na qual todo o corpo clínico está presente. Estas têm como objectivo a apresentação de casos clínicos que suscitam uma maior atenção, relevância particular ou controvérsia, debate acerca das melhores terapêuticas médicas e cirúrgicas a instituir, bem como a apresentação de resultados pós-operatórios de alguns doentes já debatidos em reuniões anteriores.

Assistiu-se ainda ao “Jornal Clube” onde de forma rotativa se fazem apresentações de temas de interesse médico-científico e de apreciações sumarizadas de artigos publicados nesse mês, com subsequente discussão por parte dos especialistas.

Durante a permanência neste estágio assistiu-se:

- No dia 27/11/09 à apresentação de alguns casos clínicos e à exposição Capítulo 69 do Rutherford – *Tromboembolismo Arterial*.
- No dia 4/12/09 à discussão de casos clínicos e de um artigo científico: *“The effect of left subclavian artery coverage on morbidity and mortality in patients undergoing endovascular thoracic aortic interventions: A systematic review and meta-analysis”* J Vac Surg. 2009, 50:1159-69.

Considerações Finais

Com o aumento da esperança média de vida, as doenças vasculares vêm ocupando um papel mais importante na Saúde Pública, bem como alguns dos factores de risco para estas. Infelizmente, a progressão destas patologias são muito mais vezes assintomáticas do que sintomáticas. Os factores de risco como a hipertensão, a dislipidemia, o tabagismo e a diabetes foram e continuam a ser os principais responsáveis pela patologia Vasculare e devem ser combatidos. O impacto social e económico deste tipo de patologia, bem como a falta de controlo destes factores que contribuem para uma aterosclerose acelerada são problemáticas que têm vindo a ser discutidas ao longo dos anos, como se pôde constatar através de um colóquio realizado pelo Prof. Doutor Roncon em 1988 [2]. Tendo em conta a gravidade das entidades clínico-patológicas e os seus riscos de grande morbidade, de incapacidade permanente e de morte, o diagnóstico deve ser precoce. Assim, a ACV assume um papel cada vez mais relevante na formação básica de qualquer clínico, na tentativa de intervir rapidamente e assim, se poder efectuar um tratamento médico mais efectivo e menos agressivo. Esta era aliás uma questão já referida no Relatório de Actividades (1983-1988) realizado pelo Prof. Doutor Roncon. Por essa altura punha-se o problema de um certo excedente de doentes que acorriam à consulta, em virtude da falta de uma pré-selecção. Esta situação denotava uma má qualidade de informação vascular na generalidade dos médicos em exercício longe dos centros hospitalares, situação que reforçava a necessidade de dedicar particular atenção à formação das novas gerações de internos e estudantes de Medicina [3]. Embora ainda haja algum trabalho a fazer, pensa-se que muito se melhorou nesta área, tendo por base o Currículo do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina do Porto, bem como o que se presenciou durante o período de estágio.

O período de estágio no Serviço foi muito didáctico e gratificante. Uma vez que se tratou de um estágio profissionalizante, pôde contactar-se com os doentes de perto, tomando participação activa no dia-a-dia do Serviço, enriquecendo deste modo, não só a formação ao nível académico, mas também pessoal. Tendo por base a amostra analisada, foi possível tomar conhecimento das patologias mais frequentes, bem como recordar os factores de risco que para elas mais contribuem. Permitiu também

compreender-se a minuciosa abordagem cirúrgica desta área, assistindo às técnicas inovadoras levadas aqui a cabo e ao conhecimento das intervenções mais realizadas, dada a diferente frequência das patologias. Deste modo, integrou-se conhecimentos gerais, adequando-os ao avanço meteórico que hoje se observa neste campo, quer dos conhecimentos de patologia vascular, quer no da cirurgia vascular convencional e da nova era da cirurgia endovascular.

Presenciou-se também o funcionamento do Serviço, constatando-se a necessidade da sua rigorosa gestão e administração, de modo a responder a uma tão grande solicitação. De referir ainda que foi possível compreender a necessidade de uma actualização médico-científico permanente, a fim de prestar sempre os melhores cuidados a todos os utentes. A investigação clínica é a alma do exercício da medicina do futuro e constitui sem dúvida um elemento essencial de toda a medicina.

Outro aspecto que importa realçar é a melhoria do espaço físico, que tornou possível acolher os doentes com mais humanidade e conforto, principalmente quando se tratam de períodos muito longos de internamento, o que acontece com relativa frequência, quer devido à patologia, quer devido à situação económica e social do doente, que condiciona a sua alta no dia estipulado.

Relativamente aos 57 doentes observados no Internamento constatou-se que a faixa etária mais prevalente é o intervalo entre os 70 -79 anos, sendo que o principal motivo de internamento era a isquemia grau IV diagnosticada em 14 doentes, contra 9 com isquemia crítica de grau III e 2 com isquemia sub-crítica. Durante o período em que se observou a amostra, esta última foi até menos frequente que os casos de úlcera infectada e de pé diabético. Dos factores de risco avaliados, os 3 mais prevalentes foram, por ordem decrescente a hipertensão arterial (HTA), a dislipidemia e o tabagismo. Quanto aos tratamentos instituídos, os mais realizados foram, com igual frequência, o tratamento médico conservador e a amputação, seguindo-se a revascularização por bypass. A laqueação e stripping de veias com insuficiência valvular, bem como as endarteriectomias constituem também uma parcela razoável dos procedimentos efectuados. Tendo em conta os resultados apresentados é uma vez mais de sublinhar a necessidade de efectuar os diagnósticos o mais precocemente possível, de modo a poder tratar-se com sucesso os doentes de uma forma minimamente invasiva. Assim, seria possível diminuir o número de amputações, tratamento este altamente agressivo e que implica franca diminuição da qualidade de vida dos doentes.

Considera-se a frequência do Laboratório de Hemodinâmica muito proveitosa, já que foi possível conhecer de uma forma mais detalhada o funcionamento dos vários meios de diagnósticos não invasivos, suas indicações e limitações, bem como a importância destes quer na preparação pré-operatória quer na avaliação pós-operatória. O mesmo se pode aplicar à angiografia, tendo sido possível não só perceber sucintamente em que consiste a técnica deste Meio Auxiliar Diagnóstico (MAD) invasivo, mas também nas importantes informações clínicas que este exame pode fornecer, dependendo muitas vezes dele a decisão de se partir para uma abordagem cirúrgica ou não. Ainda relativamente à angiografia foi possível constatar que os doentes a ela submetidos apresentam mais frequentemente como factores de risco cardiovasculares (FRCV) e por ordem decrescente, dislipidemia, HTA e tabagismo. Embora estes resultados pareçam coerentes com o restante estudo, salvaguarda-se o facto da amostra de doentes observados na angiografia ser pequena.

No Serviço de Urgência constatou-se que 80% dos doentes se encontravam na faixa etária entre os 70-79 anos, tal como observado no internamento. Quanto aos FRCV o mais comum foi a HTA (com uma percentagem de 100%), seguindo-se a dislipidemia e em menor percentagem diabetes, tabagismo e obesidade. Os diagnósticos mais frequentes durante a estadia no SU foram isquemias grau III e úlceras venosas, com igual frequência entre si e em seguida isquemias grau IV. De salientar ainda que foi possível assistir-se a uma tromboembolectomia femoro-poplíteia de urgência.

A Consulta Externa foi igualmente de grande valor pedagógico, permitindo o contacto próximo com os doentes vasculares, integrando ao mesmo tempo o conhecimento das patologias mais frequentes e os factores de risco a elas inerentes. Os dois intervalos etários mais frequentemente observados foram entre os 60-69 e 70-79 anos, sendo deste modo possível um acompanhamento contínuo e um encaminhamento o mais correcto e precoce possível sempre que necessário, possibilitando ainda a observação do follow-up dos doentes já operados. Os três principais motivos de consulta foram, por ordem decrescente, a avaliação de claudicação intermitente, seguindo-se o despiste de varizes e o follow-up de bypass. A HTA, dislipidemia e tabagismo foram os FRCV mais vezes encontrados. O facto da assistência prestada ser actualmente, graças à triagem efectuada, electiva e programada, contribuiu em muito para a melhoria de atendimento, sendo os casos mais graves prioritários.

No que concerne à actividade cirúrgica, as técnicas cirúrgicas mais frequentemente observadas foram Endarteriectomia e Bypass.

A endarteriectomia carotídea é uma das mais valias cirúrgicas do SACV, efectuada diariamente, tendo o Serviço várias publicações sobre o tema [Anexos II e III]. É um procedimento cirúrgico que tem demonstrado muito bons resultados. O Bypass é também uma técnica muito útil, pois aumenta em muitos casos o tempo livre de amputação. Este procedimento levou também a várias publicações pelo SACV [Anexos IV e V].

A Cirurgia Vasculiar é uma especialidade de história recente, com uma forte componente clínica e científica que abrange o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças vasculares. Este ramo da ciência sofreu uma expansão muito grande, desbravando campos cada vez mais complexos e cativantes [4]. A Cirurgia Vasculiar iniciou o século XXI em evolução, tendo como factor gerador dois importantes pontos de partida: as tecnologias de imagem e o conceito de cirurgia minimamente invasiva. Relativamente ao primeiro ponto, o terapeuta endovascular tem actualmente modernas técnicas de imagem disponíveis para planear e executar o tratamento, enquanto no passado os cirurgiões vasculares estavam mais limitados ao exame clínico e à angiografia. Os avanços na tecnologia de computadores permitiram uma rápida aquisição e processamento de grandes quantidades de dados digitais essenciais, para captar a informação dinâmica de rápido fluxo de sangue em alta resolução. Estes métodos inovadores começaram a desempenhar um importante papel na previsão da estabilidade da doença vascular progressiva, no cálculo dos seus riscos e na necessidade de intervenção. Estes meios oferecem ainda ao cirurgião a capacidade de manipular os dados de imagem em poderosos programas tridimensionais e electronicamente, sendo assim possível planear complexos procedimentos endovasculares [5]. Quanto ao segundo ponto, a ideia do tratamento das doenças vasculares pelas técnicas de cirurgia endoluminal tornou-se realidade. Técnicas endovasculares incluindo angioplastia e a colocação de stents endoluminais representam importantes opções terapêuticas para o tratamento da doença vascular. Os avanços tecnológicos têm permitido um tratamento muito menos invasivo por exemplo da doença aneurismática, bem como extra-craniana e da doença carotídea, cujos métodos anteriores eram muito mais agressivos. O sucesso da cirurgia minimamente invasiva, em diferentes segmentos arteriais, é cada vez mais reconhecido na literatura publicada. Há evidências crescentes de que a angioplastia

carotídea com recurso a stent usando protecção cerebral irá desempenhar um papel importante no futuro, no tratamento da estenose da artéria carótida, embora actualmente se considere a endarteriectomia carotídea o “gold-standard” do tratamento cirúrgico da doença cérebro-vascular extra-craniana. O advento de técnicas menos invasivas para o tratamento de aneurismas da aorta abdominal, como a técnica de EVAR - Endovascular Aneurysm Repair, usando stents endoluminais, mudaram radicalmente as opções terapêuticas disponíveis [6]. A evolução das terapêuticas endovasculares vai continuar a mudar a forma de tratamento da doença vascular, estimando-se que, num futuro próximo, 40-70% do tratamento das doenças vasculares serão intervenções endovasculares [7].

O aumento da população com idade avançada, associado à maior prevalência de alguns dos factores de risco, levou a que a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) no idoso constituí-se hoje um problema emergente. A principal causa desta patologia é a aterosclerose, doença degenerativa sistémica que apresenta, em Portugal, uma prevalência de cerca de 12% na população geral e 20% na mais idosa [8]. Assim sendo e baseada em recentes pesquisas e evidências, há uma indiscutível tendência ao tratamento clínico da aterosclerose. Há um claro desejo de um melhor entendimento da biologia básica do amplo espectro de patologias vasculares, incluindo ateroma, reestenose, aneurisma da aorta abdominal e dissecção aórtica, em particular. A esperança é que esse conhecimento se possa traduzir em alternativas de terapias médicas ou genéticas para prevenir ou atenuar a progressão dessas doenças antes que procedimentos invasivos sejam necessários. Além disso, um melhor conhecimento da biologia básica e dos factores que precipitam eventos sintomáticos são necessários. Há ainda um desejo de definir melhor o uso adequado de técnicas endovasculares para uma variedade de outras indicações, incluindo claudicação devido à doença da artéria femoral superficial, estenose carotídea, dissecção aórtica, doença da artéria renal e varizes [9]. Investigações sobre a biologia molecular e factores genéticos vão esclarecendo melhor a aterosclerose, permitindo retardar a sua evolução. Terapêuticas críticas adequadas e combinadas já permitem a estabilização ou até a regressão da placa de ateroma [10]. Deve ser considerado, ainda, que o melhor conhecimento do metabolismo do endotélio e a sua reactividade, contribuirão de forma mais definitiva para o desenvolvimento do tratamento clínico neste século, restringindo as indicações cirúrgicas [9]. Deste modo, considera-se que a par da grande evolução técnico-cirúrgica, assistir-se-á também a progressos nos procedimentos cada vez menos invasivos. As

conquistas realizadas no âmbito da manipulação e engenharia genética, da biologia molecular, da farmacoterapia, da utilização judiciosa de factores promotores ou inibidores do crescimento e da multiplicação celular irão certamente tornar-se a chave da prevenção e do controlo das arteriopatias, num futuro já não muito distante. Terapêuticas genéticas e celulares, que visam estimular a angiogénese, principalmente, têm sido testados em fases I e II de ensaios clínicos. Essas abordagens parecem ser viáveis e seguras a curto prazo, mas grandes estudos randomizados são ainda necessários para demonstrar os benefícios clínicos e a sua segurança a longo prazo [10].

A propósito dos resultados apresentados e tendo em vista a também já referida necessidade de efectuar tratamentos menos agressivos, nos casos em que o diagnóstico é tardio, urge a capacidade da ACV solucionar as isquemias crónicas críticas sem hipótese de revascularização. O paciente com isquemia crítica do membro que tenha esgotado opções de reconstrução devido à falta de seguimento adequado ou por causa do padrão não-reconstruível de sua doença arterial permanece um grande desafio para os cirurgiões vasculares. É ainda de destacar o recente desenvolvimento em centros de investigação de ensaios de angiogénese para doentes com doença arterial periférica severa e da produção de enxertos vasculares semi-sintéticos, cultivados na cavidade peritoneal dentro de “silastic tubes”, enxertos estes que poderiam ser utilizados para revascularização arterial ou como canal de acesso arterio-venoso [9]. Estas pesquisas fazem assim renascer a esperança de poder dar uma outra hipótese de tratamento ao doente que não a amputação.

Nesta avaliação da perspectiva futura da ACV, há ainda quem defenda que há uma *ameaça* que pesa sobre os destinos da cirurgia vascular residindo esta, efectivamente, neste milénio, não na cirurgia endovascular, mas sobretudo nos progressos do conhecimento científico, na descoberta dos mecanismos íntimos da biofisiologia da parede arterial e numa melhor compreensão das suas disfunções [11], como foi já acima referido. No limite, questiona-se até que ponto é que esta veloz evolução nesta área irá ditar o termo definitivo ao tratamento invasivo, seja da cirurgia vascular, seja da endovascular. Segundo alguns autores, estas modalidades terapêuticas foram e são só capítulos de um processo histórico que recorreu, em última instância, a intervenções de índole mecânica, porque outras não existiam e que irão ceder lugar, inexoravelmente, às actuações de natureza biológica [11]. Se assim se verificar, o cirurgião vascular dará então lugar, num futuro longínquo, a um especialista ou

biologista vascular e a cirurgia vascular será substituída pela Medicina Vascular ou para os mais conservadores, manterá simplesmente a clássica designação de Angiologia [11].

Referências Bibliográficas:

1. Roncon de Albuquerque R & Teixeira JF. Gênese e desenvolvimento do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular. Setembro 2009.
2. Roncon de Albuquerque R. A influência do tabaco na arteriopatia do jovem. Colóquio sobre a “Problemática do Tabagismo em Portugal”. 1988; 71-81.
3. Roncon de Albuquerque R. Relatório de Actividades [1983-1988]. 1988; 21-26.
4. Roncon de Albuquerque R. Relatório Pedagógico sobre o Ensino de Angiologia e Cirurgia Vascular. 2007.
5. Reid AW, Reid DB, Roditi GH. Imaging in endovascular therapy: our future. J Endovasc Ther 2009 Feb; 16 (1): 22-41.
6. Bacharach JM, Slovut DP. Endovascular therapies for vascular disease. Am Heart Hosp J 2003; 1 (1): 69-76.
7. Krysa J, Downes M, Taylor P. Should endovascular surgeons be trained in endovascular techniques? - An observational study. Ann R Coll Surg Engl 2008; (90): 95-103.
8. Roncon de Albuquerque R. A doença arterial periférica no idoso. Geriatrics 2007; 3 (15): 5-12.
9. Walter P. The future of vascular surgery: an Australian perspective. Journal of Vascular Surgery 2008 Dec; 48 (6): 46-52.
10. Emmerich J, Fiessinger JN. Medical Treatment of critical leg ischemia: current status and future perspectives of gene and cell therapy. Bull Acad Natl Med 2006 Mar; 190 (3): 667-680.
11. Dinis da Gama A. The future of vascular surgery in a rapidly changing world: Quo Vadis? J Vasc Br. 2002; 1 (3) 175-180.
12. Roncon de Albuquerque R. Doença Arterial Oclusiva Periférica no Contexto da Doença Aterotrombótica. Diapositivos de apresentação de aula teórica; 2006.
13. Roncon de Albuquerque R. Doença Arterial Oclusiva Periférica no Contexto da Doença Aterotrombótica- Exame físico e Meios Auxiliares de Diagnóstico. Diapositivos de apresentação de aula teórica; 2006.
14. Roncon de Albuquerque R. Doença Cerebrovascular extracraniana- Estenose Carotídea. Diapositivos de apresentação de aula teórica; 2006.

ANEXOS

ANEXO I

- Roncon-Albuquerque R. A doença arterial periférica no idoso. *Geriatrics*; 2007; 3 (15): 7-11.

Resumo: A doença arterial periférica (DAP) no idoso constitui hoje um problema de saúde pública quer pelo aumento de população com idade avançada, quer pela prevalência aumentada desta patologia neste grupo de doentes. A apresentação da doença pode variar desde a forma assintomática muitas vezes camuflada pela patologia do foro ortopédico que condiciona dificuldade na mobilização destes doentes, a claudicação intermitente que deve ser diagnosticada precocemente e a isquemia crítica, forma avançada da doença associada a eventos Cardiovasculares noutros sectores como o coronário e o cerebrovascular. Os factores de risco como o tabagismo, a hipertensão, a dislipidemia e a diabetes devem ser combatidos. O diagnóstico deve ser precoce e os meios auxiliares mais importantes utilizados são o Doppler para pesquisa dos índices tornozelo-braço, o pletismógrafo e o ecodoppler a cores. A angiografia é um método invasivo utilizado apenas quando existe necessidade de revascularização. A terapêutica do doente com DAP pode ser apenas do foro médico (antiagregantes, estatinas, antihipertensores), ou cirúrgico (angioplastia e/ou bypass). A amputação como método terapêutico pode ser efectuado quer após um tratamento cirúrgico que não resultou, quer para resolução de uma situação grave sem hipótese de revascularização.

ANEXO II

- Cerqueira, A.; Sampaio, S.; Carvalho, J.; Dias, P.; Toledo, T.; Vilaça, I.; Vidoedo, J.; Mansilha, A; Lopes, L.; Roncon-Albuquerque, R. Endarteriectomia carotídea no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S.João- A experiência de sete anos (1998-2005); Angiologia e Cirurgia Vascular 2006;2.3:15-18

ANEXO III

- Vidoedo, J.; Cerqueira, A.; Sampaio, S.; Vilaça, I.; Toledo, T.; Gonçalves Dias, P.; Carvalho, J.; Meira, J.; Roncon-Albuquerque, R. Endarteriectomia carotídea por eversão”versus” não eversão: Análise retrospectiva; Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular 2006; XIII (4):211-215

ANEXO IV

- Vidoedo J, Sampaio S, Cerqueira A, Vilaça I, Toledo T, Meira J, de Albuquerque R. Bypass femoro-poplíteo supra-genicular: Análise retrospectiva de 5 anos. Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular. 2006; XIII (1): 37-40.

Resumo: Os autores apresentam uma avaliação retrospectiva dos doentes submetidos a bypass

femoro-poplíteo supragenicular entre 1998 e 2002. A análise estatística foi efectuada com o programa SPSS. Foram incluídos 74 doentes submetidos a 80 bypasses com um seguimento médico de 19,6 meses 1-71 (22,5 meses). A isquemia crónica grau IV (Classificação de Lérache-Fontaine) foi a indicação cirúrgica mais frequente (68,8%), seguida de isquemia grau III (25%) e grau IIb (6,2%). O material mais usado como enxerto foi PTFE (87,5%), tendo a veia safena e Dacron sido utilizados em 7,5% e 5% dos casos. Dez doentes (12,5%) acabaram por necessitar de amputação *major*, sendo que a percentagem de doentes livres de amputação (*limb salvage*) aos 12,24 e 36 meses foi de 91,6%, 87,7% e 82,8%. A permeabilidade primária foi de 81,7%, 78,9% e 71% ao fim do 1º, 2º e 3º anos. A sobrevida calculada para o total de doentes foi de 92,8%, 92,8% e 88,6% aos 12, 24 e 36 meses. Em 61,7% dos doentes foi efectuada um segundo procedimento cirúrgico associado durante o internamento. Os resultados obtidos podem ser considerados aceitáveis quando comparados com outras séries, devendo no entanto serem relevadas as limitações inerentes, fundamentalmente, à natureza retrospectiva do estudo.

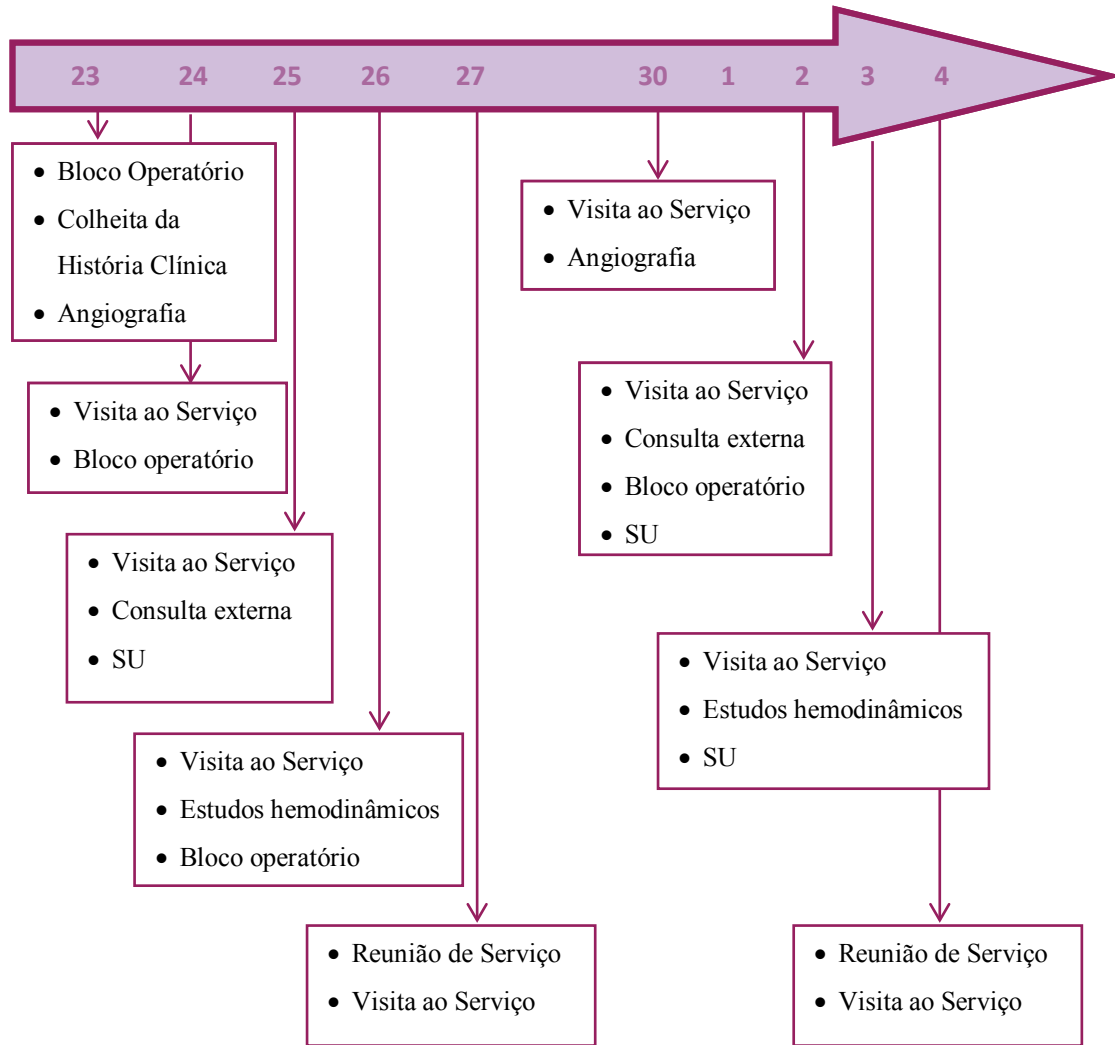
ANEXO V

-Vilaça I, Sampaio S, Vidoedo J, Dias P, Carvalho J, Eufrásio S, Teixeira J, de Albuquerque R. Resultados da Cirurgia de Revascularização femoro-distal: análise retrospectiva de 5 anos. Femoro-distal revascularization surgery: 5-years retrospective: Analysis of results. Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular, 2008; XV (3): 151-155.

Resumo: Objectivo: Avaliar os resultados da cirurgia de revascularização femoro-distal no tratamento da doença arterial oclusiva periférica (DAOP), nomeadamente a permeabilidade primária e o tempo livre de amputação. Método e Pacientes: Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 122 doentes consecutivamente submetidos a bypass femoro-distal entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2002 no Hospital de S. João. O método de Kaplan-Meier foi utilizado para calcular a permeabilidade primária e o tempo livre de amputação; as diferenças entre grupos foram avaliadas com modelos de riscos proporcionais de Cox. Resultados: Aos 5 anos as taxas de permeabilidade primária e de preservação do membro foram respectivamente de 67,1% e de 71,1%. Os doentes diabéticos apresentaram risco de amputação major significativamente superior, de 49% aos 5 anos, em comparação com 18% nos doentes não diabéticos ($p=0,001$). O sexo feminino e o hábito de fumar associam-se a uma tendência de maior risco de oclusão precoce de bypass e de amputação major, enquanto que a hipertensão arterial e bypasses efectuados com veia grande safena (VGS) in situ associaram-se a uma tendência de menor risco de oclusão precoce de bypass. Conclusão: O nosso estudo reforça a ideia de que a revascularização arterial infrainguinal é um procedimento seguro e eficaz, com taxas de permeabilidade primária e de preservação do membro aceitáveis. Contudo, os doentes diabéticos associaram-se a piores resultados, nomeadamente a um risco de amputação major superior em comparação com os doentes não diabéticos.

APÊNDICES

Apêndice I



Apêndice I: Cronograma.

Apêndice II

História Clínica

DATA DE RECOLHA DA INFORMAÇÃO: 23/11/2009

DATA DE INTERNAMENTO: 16/11/2009

LOCAL: Hospital de São João (HSJ), Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Cama 7

FONTE E FIABILIDADE DA INFORMAÇÃO:

- Doente e processo clínico.

IDENTIFICAÇÃO:

- Nome: A.V.G.S.
- Idade: 59 anos
- Sexo: masculino
- Raça: caucasiana
- Estado Civil: solteiro
- Naturalidade: Penafiel
- Residência: Aveleda
- Profissão: carpinteiro

QUEIXAS PRINCIPAIS:

- Dor e parestesias em repouso no pé esquerdo com mais de 3 meses de evolução.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL:

Doente do sexo masculino, de 59 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo e claudicação intermitente após percorrer cerca de 200m, desde há quase um ano. Em Junho de 2009, refere episódio de dor súbita ao nível da zona medial e posterior da perna esquerda, com irradiação até à fossa poplíteia. A dor surgiu durante a actividade laboral, quando tinha a perna em flexão, sendo esta intensa, contínua e incapacitante. (Posição antálgica em repouso). Posteriormente a este episódio, refere progressão da dor para o pé esquerdo com parestesias, diminuição da sensibilidade táctil e térmica e palidez quando eleva o MIE, e arrefecimento frequente. Recorreu ao Hospital de Santa Maria, onde foi acompanhado durante 22 dias, tendo realizado vários exames (*ecografia* à perna esquerda, *eco-doppler* e *angio-RMN*) e sendo medicado com analgésicos (que não soube especificar). Por persistência do quadro foi encaminhado para o Hospital Padre Américo onde realizou mais exames (*ecocardiograma*, *ECG* e *prova de esforço*), tendo sido posteriormente referenciado para a consulta de Cirurgia Vasculosa no HSJ. Foi internado no dia 16/11/09 para realização de *Angiografia dos MIs* para decisão terapêutica. Hoje, dia 23/11/09, aguarda realização da Angiografia e nega agravamento dos sintomas desde então.

História médica prévia:

DOENÇAS NA INFÂNCIA:

- Desconhece doenças de infância.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Úlcera Gástrica: Diagnosticada há cerca de 20 anos e tratada na mesma altura.
- Hipertensão Arterial: Diagnosticada há cerca de 1 mês, medicada com Lisinopril+Hidroclorotiazida.
- Patologia Ocular: Doente refere diminuição da acuidade visual, principalmente para ler.
- Dislipidemia: Diagnosticada no decurso do actual internamento.
- Nega qualquer outro tipo de antecedentes patológicos, nomeadamente Diabetes mellitus, Insuficiência Cardíaca, Doença Coronária, Acidente Vascular Cerebral,

Infecções respiratórias, Patologia Hepática, Urológica, Hematológica ou Reumatológica.

INTERNAMENTOS, TRAUMATISMOS OU CIRURGIAS:

- Este é o seu 1º Internamento
- História de 2 traumatismos, 1 há 40 anos (golpe profundo no pé esquerdo, com necessidade de sutura) e outro, decorrente de um acidente de trabalho, no dedo indicador direito há 20 anos, tendo perdido quase toda a unha.
- Nega intervenções cirúrgicas

ALERGIAS:

- Nega alergias medicamentosas ou alimentares.

TRANSFUSÕES:

- Sem história de transfusões sanguíneas.

Cuidados de Saúde Habituais:

HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA:

- Hábitos alimentares: Refere predomínio de ingestão de carne (peixe apenas 1x/semana); meio sal.
- Hábitos tabágicos: Fumador, desde os 19, cerca de 2 maços/dia (60-80 UMA). Não fuma desde há cerca de 30 dias.
- Hábitos alcoólicos: Refere consumo de 2 copos de vinho/dia.

DROGAS:

- Nega o consumo de drogas ilícitas.

IMUNIZAÇÕES:

- PNV actualizado. Nega a realização de vacinas extra-calendário (nomeadamente anti-influenza e antipneumocócica).

Medicação Habitual:

- Lisinopril+hidroclorotiazida (20 mg + 12,5 mg), 1cp/dia, VO
- Lercanidipina (10 mg), 1cp/dia, VO
- Acido Acetilsalicílico (100 mg), cp/dia, VO

História social e profissional:

- Vive com a madrastra, em casa própria com água, luz e condições de saneamento básico adequadas.
- Carpinteiro, tendo parado de exercer apenas aquando do quadro acima referido.
- Nega viagens recentes

História médica familiar:

- Mãe faleceu no pós-parto de um dos irmãos
- Pai faleceu num acidente
- 6 Irmãos vivos- 2 deles com patologia osteoarticular. Desconhece outras patologias
- 3 Irmão falecidos, 2 num acidente, outro de patologia pulmonar.

Revisão dos sintomas e sinais por aparelhos e sistemas:

Sintomas constitucionais gerais

- Nega febre, arrepios, mau estar, fadigabilidade, astenia, suores noturnos, anorexia e modificações de peso recentes.

PELE

- Presença de lesões tróficas cutâneas no MIE. Nega hematomas, prurido, eritema, eczema, secura ou sudorese excessiva da pele.

OLHOS

- Diminuição da acuidade visual, com necessidade de óculos para leitura. Nega diplopia, fotofobia, lacrimejo excessivo, dor ocular, olho vermelho, história de infecções oculares, glaucoma, cataratas ou traumatismo ocular.

OUVIDOS

- Nega hipoacusia, otalgias, infecções, zumbidos, vertigens, otorreia ou o uso de aparelhos auditivos.

NARIZ

- Nega sinusite, história de epistaxis, alterações do olfacto ou história de traumatismo.

BOCA E GARGANTA

- Nega odontalgias, sangramento ou edemas das gengivas, xerostomia, sialorreia, faringites, rouquidão, alterações no paladar ou exsudado na orofaringe.

ENDÓCRINO

- Nega dor ou aumento da tiróide, intolerância ao frio/calor, modificações do peso inexplicáveis, polidipsia, poliúria e polifagia.

RESPIRATÓRIO

- Nega tosse, toracalgia, dispneia, cianose, pieira ou hemoptise. Sem história de tuberculose, asma ou bronquite.

CARDIOVASCULAR

- Hipertensão arterial diagnosticada há cerca de meio ano. Com história de claudicação intermitente. Nega palpitações, dor torácica, ortopneia, enfarte agudo de miocárdio.

HEMATOLÓGICO

- Nega tendência para hemorragias ou hematomas. Sem história de anemia ou episódios trombóticos prévios.
- Nega petéquias ou a realização de transfusões sanguíneas.

GASTROINTESTINAL

- Nega alterações da deglutição, disfagia, sensação de enfiamento, pirose, náuseas, vômitos ou intolerância alimentar. Nega dor abdominal, obstipação, diarreia, alteração recente dos hábitos intestinais, modificações da cor e consistência das fezes, hematemeses, melenas, rectorragias, hematoquézias, modificações do volume abdominal, hemorróides, dor rectal, tenesmo, história de hepatite, doença hepática ou biliar.

GENTO-URINÁRIO

- Nega poliúria e poliaquiúria. Nega colúria, disúria, dor supra-púbica, noctúria, hematúria. Sem história de infecções ou litíase. Nega alterações da cor e odor da urina, lesões no pênis, exsudado uretral e história de doença venérea. Nega impotência sexual.

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

- Refere dor e parestesias no MIE, com necessidade de paragem na marcha após 200m. Nega dores musculares no MID e nega astenia, rigidez articular, gota ou deformidades ósseas em ambos os membros.

NEUROLÓGICO

- Nega cefaleias, vertigens, síncope, convulsões, alterações da memória, alucinações, desorientação, paralisias ou traumatismo crânio-encefálico.

EXAME FÍSICO

Geral

- Doente consciente, orientado no tempo e espaço, colaborante, com discurso coerente e fluente. Sem dificuldade em falar, nem em respirar. Normossômico, sem fácies ou aspecto corporal sugestivos de qualquer patologia ou síndrome. Com movimentos espontâneos normais, sem paralisias, dismorfias ou dismetrias. Idade aparente coincidente com a idade real.

Sinais vitais

- *Temperatura auricular* – 36,5°C
- *Frequência cardíaca* – 60 batimentos por minuto (pulso amplo, regular, rítmico e simétrico).
- *Pressão arterial* – 139/73 mmHg (membro superior direito)
- Frequência respiratória - 18 ciclos por minuto.

Parâmetros antropométricos

- Peso: 77 kg
- Altura: 1,67 m
- IMC: 27,6 kg/m²

Pele e mucosas:

- Mucosas de coloração normal, coradas e hidratadas. Rarefação pilosa e pele seca em ambos os MIs. Presença de distrofia ungueal nos MIs e de lesões tróficas cutâneas ao nível do MIE.

Cabeça e Pescoço:

- Cabeça de configuração normal, sem dismorfias ou tumefacções. Mímica facial conservada. Ausência de áreas dolorosas à palpação. Ausência de adenomegalias occipitais, pré-auriculares, submandibulares, cervicais ou supraclaviculares. Ausência

de ulcerações aftosas da mucosa oral. Pulso da artéria temporal amplo, regular e simétrico

Tórax

Inspecção

- Tórax simétrico, de configuração normal. Relação dos diâmetros antero-posterior/transverso normal (diâmetro transverso superior). Ausência de *pectum escavatum*, peito em quilha ou outras deformidades. Sem tumefacções, massas ou malformações visíveis. Sem lesões cutâneas, cicatrizes ou alterações da pigmentação. Coloração da pele normal.

Palpação

- Tórax não doloroso à palpação. Ausência de massas ou tumefacções palpáveis.

Sistema Respiratório

Inspecção

- Respiração predominantemente abdominal. Ausência de tiragem supraclavicular ou intercostal. Não utiliza os músculos acessórios da respiração durante a inspiração e/ou expiração. Movimentos respiratórios amplos, rítmicos, regulares e simétricos. Frequência respiratória de 18 ciclos por minuto.

Palpação

- Movimentos respiratórios simétricos.
- Ausência de frêmitos (brônquicos ou pleurais).
- Transmissão das vibrações vocais simétricas.

Percussão

- Ressonância pulmonar normal.

Auscultação

- Sons respiratórios presentes e simétricos. Ausência de roncos, sibilos ou crepitações. Transmissão das vibrações vocais simétricas.

Sistema Cardiovascular

Inspecção

- Sem pulsatilidades, nem área de impulso máximo visíveis.

Palpação

- Área de impulso máximo palpável, pouco ampla, no 5º espaço intercostal esquerdo ao nível da linha médio-clavicular. Sem áreas de impulso acessórias. Sem frêmitos associados.

Auscultação

- Sons cardíacos (S1 e S2) presentes e rítmicos, mas ligeiramente diminuídos. S3 e S4 ausentes. Sem cliques, estalidos, sopros ou atrito pericárdico.

Abdómen

Inspecção

- Abdómen simétrico, de configuração normal e de contorno globoso. Sem dismorfias, peristaltismo ou pulsatilidades visíveis. Mobilidade normal com a respiração (respiração predominantemente abdominal). Sem distensões visíveis em repouso ou evidenciadas com o esforço da tosse. Sem circulação colateral nos flancos. Sem cicatrizes visíveis. Pele de coloração normal. Ausência de lesões cutâneas visíveis, estrias, ou pigmentações anormais.

Auscultação

- Presença de ruídos hidroaéreos com intensidade e frequência normais. Ausência de atritos e sopros aórticos ou ilíacos.

Palpação

- Abdómen depressível, sem dor à palpação superficial ou profunda. Sem massas ou tumefacções abdominais palpáveis.
- Sinal de Murphy vesicular negativo. Sinal da macicez variável e da onda ascítica negativos.
- Fígado palpável, não doloroso à palpação e de dimensões normais (bordo superior ao nível do 5º espaço intercostal e bordo inferior ao nível do bordo inferior da grade costal)

Percussão

- Sem dor à percussão e sem macicez.

Membros:

- *Membros Superiores:* Sem deformidades ou tumefacções. Ausência de edemas. Articulações não dolorosas à palpação. Força muscular preservada. Com pulsos braquiais, cubitais e radiais simétricos, regulares e amplos bilateralmente. Sem frêmitos e sopros.
- *Membros Inferiores:* Pele seca, descamativa e ligeiramente atrofica, com rarefacção pilosa e gradiente térmico diminuído. Rubor pendente da extremidade inferior MIE, com temperatura ligeiramente aumentada em relação ao membro inferior direito (MID). Palidez do MIE quando elevado. Alteração distrófica das unhas e do leito ungueal. Sem deformidades ou tumefacções. Articulações não dolorosas à palpação. Pulsos do MID palpáveis, amplos e regulares. Pulso femoral esquerdo palpável e restantes pulsos do MIE não palpáveis. Pulsos femorais amplos, regulares e simétricos. Sem frêmitos e sopros. Sinal de *Godet* positivo a nível maleolar do MIE.

Dorso:

- Sem alterações posturais. Ausência de cicatrizes ou alterações da pigmentação. Sem contractura muscular, dor ou massas palpáveis.

Exame Proctológico e Genital:

- Não realizado.

Neurológico:

- Doente consciente e orientado no espaço e no tempo.
- Discurso normal. Adequada capacidade de compreensão das perguntas efectuadas.
Ausência de disartria ou afasia.
- Sinais meníngeos negativos.
- Força muscular preservada.
- Exame dos pares cranianos sem alterações de relevo.

Lista de Problemas:

- Claudicação intermitente do MIE com 3 meses de evolução
- Isquemia crítica do MIE
- Ausência do pulso poplíteo, tibial posterior e pedioso do MIE
- HTA e dislipidemia

Hipóteses de diagnóstico:

- Doença arterial periférica
 - Embolia
 - Aterosclerose
 - Trombose
 - Traumatismo arterial
- Estrangulamento da artéria poplíteia
- Patologia osteoarticular
- Patologia herniária discal

Exames Complementares de Diagnóstico

- Angio-TAC ou angio-RMN
- EcoDoppler Carotídeo
- Electrocardiograma (ECG);
- Ecocardiografia
- Hemograma com contagem de plaquetas e leucograma; Estudo bioquímico; Estudo da coagulação
- Fluxometria doppler arterial dos membros inferiores (índice tornozelo-braço)
- Angiografia dos MIs
- Ecodoppler venoso dos membros inferiores

HEMOGRAMA E BIOQUÍMICA (19/11/09):

- Eritrócitos: $5.01 \times 10^{12}/L$
- Hemoglobina: 14.5 g/dL
- Leucócitos: $8.41 \times 10^9/L$
- Plaquetas: $247 \times 10^9/L$
- Glicose: 1.02 g/L
- Ureia: **0.57 g/L** ↑
- Creatinina: 10.5 mg/L
- Sódio: 138 mEq/L
- Potássio: 4.4 mEq/L
- Cloro: 105 mEq/L
- Colesterol total: **2.59 g/L** ↑
- Colesterol HDL: 0.41 g/L
- Colesterol LDL: **1.93 g/L** ↑
- Triglicérides: 1.34 g/L

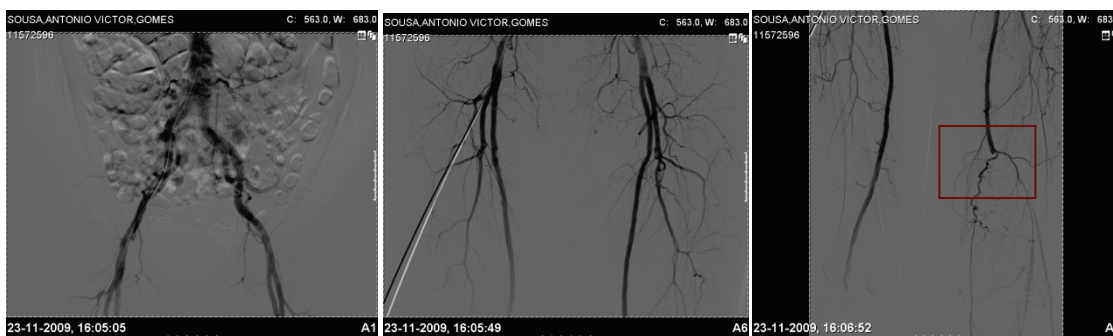
ANGIO-RMN (JULHO DE 2009): Revelou alterações oclusivas a nível da artéria poplítea esquerda.

ECOCARDIOGRAMA (26/09/2009): Estruturas valvulares com ligeiras alterações morfológicas de tipo degenerativo. Regurgitação mitral e tricúspide ligeiras. Inversão da relação E/A do fluxo anterógrado mitral. Sem outras alterações visualizáveis.

ECG (26/09/2009): Sem alterações.

FLUXOMETRIA DOPPLER ARTERIAL DOS MEMBROS INFERIORES (ÍNDICE TORNOZELO-BRAÇO) (17/11/2009): (*Em anexo*)

ANGIOGRAFIA (23/11/2009): Oclusão da artéria femoral superficial com re-habitação ao nível da 3ª porção poplítea.



ECO-DOPPLER VENOSO DOS MEMBROS INFERIORES (25/11/2009): A veia grande safena encontrava-se permeável, compressível e competente bilateralmente, com diâmetros entre 3,30 mm e 2 mm no MID e 3,84 mm e 2,50 mm no MIE (estudo de viabilidade de VGS para *bypass*). (*Em anexo*)

Diagnóstico Definitivo:

- Isquemia aguda do MIE (grau III de *Leriche-Fontaine*), de provável etiologia aterosclerótica.

Discussão:

- A história prévia de claudicação intermitente com agravamento progressivo, presente neste doente é paradigmática de doença arterial oclusiva periférica (DAOP) dos membros [12]. O quadro clínico da isquemia arterial aguda traduz-se por 5 sintomas (5p's): dor súbita e intensa, paralisia, palidez, parestesia e ausência de pulsos arteriais abaixo da oclusão (*pain, paralysis, pale, parestesia, pulselessness*) [13], todos presentes na história acima referida. Atentando na inspeção do MIE há ainda outros sinais que nos corroboram a presença de DAOP, como palidez desencadeada pela elevação do membro (manobra de Burger), sinais de perda de pêlos nas pernas, alterações ungueais com espessamento e presença de lesões tróficas cutâneas [13].

Tendo em conta a anamnese, os factores de risco apontam mais fortemente para uma causa aterosclerótica, já que se trata de um indivíduo de 59 anos, dislipidémico, hipertenso, que não pratica nenhum desporto e com hábitos tabágicos pesados (60-80 UMA), importando referir ainda que, no que toca a DAOP, o tabagismo tem um carácter aditivo, potenciador e amplificador dos outros factores de risco. Assim este parece um quadro clínico típico da isquemia arterial (em território aterosclerótico) e, segundo a classificação de *Leriche-Fontaine*, apresenta um nível de isquemia que se enquadra no grau III (dor em repouso na perna e pé esquerdo).

No que diz respeito ao MID, embora a angiografia mostre já alguns danos arteriais à direita, possivelmente também por aterosclerose, o doente não refere qualquer queixa, nem há sinais evidentes de DAOP. Ainda que a causa mais evidente já tenha sido referida, uma vez que os sintomas são unilaterais e não bilaterais como acontece pelo carácter sistémico da doença arterial, foi necessário despistar outras causas que predisponham a um atingimento ateroémbolico como FA, alterações da coagulação, estenose valvular, aneurisma ventricular. Todas estas se revelaram ausentes no estudo do doente.

As lesões de causa traumática foram excluídas pela história.

Quanto às parestesias poderiam, eventualmente, ser explicadas por patologia discal intervertebral, associada a compressão nervosa. Contudo, não explicaria a ausência de pulsos arteriais, a palidez do membro quando elevada, nem as lesões tróficas cutâneas, sendo por isso uma hipótese improvável.

Tratamento:

MODIFICAÇÃO DO ESTILO DE VIDA

É fundamental incentivar o doente a:

- Alimentação saudável (pobre em gorduras e sal, bem como aumento da ingestão de peixe).
- Evitar consumo de bebidas alcoólicas.
- Praticar actividade física moderada (caminhadas 30-45min para promover a neovascularização).
- Manutenção da abstenção tabágica.

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA:

- Terapêutica anticoagulante para prevenir formação de trombos/ êmbolos.
- Manter HTA controlada e controlar a dislipidemia diagnosticada neste internamento.
- Neste caso em concreto a medicação instituída foi:
 - ✓ Lisinopril+hidroclorotiazida (20 mg + 12,5 mg), 1cp/dia, VO
 - ✓ Lercanidipina (10 mg), 1cp/dia, VO
 - ✓ Acido Acetilsalicílico (100 mg), 1cp/dia, VO
 - ✓ Rosuvastatina (20 mg), 1cp/dia, VO → iniciada durante o internamento
 - ✓ Enoxaparina (hospitalar)

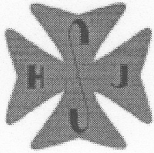
TRATAMENTO CIRÚRGICO:

- Perante o diagnóstico de isquemia aguda do MIE é prioritário verificar a permeabilidade arterial a jusante da obstrução, que se encontrava conservada. Pelo Eco-doppler venoso confirmou-se a viabilidade da grande veia safena. Assim realizar-se-á cirurgia de revascularização por *bypass* femoro-poplíteo com a grande veia safena.

Prognóstico:

- É o carácter sistémico da Doença Arterial que confere relevância clínica ao sintoma *Claudicação Intermittente*, nomeadamente pelo risco acrescido de complicações cardiovasculares [12]. Assim, é necessário fazer a caracterização do perfil de Risco Cardiovascular individual, determinando-se a extensão eventual da doença arterial nos territórios carotídeo (cerca de 45% destes doentes apresenta doença carotídea) [14] e coronário (o compromisso coronário silencioso constitui a principal causa de morte ~60%) através de *EcoDoppler carotídeo*, *Ecocardiografia*, *Cintigrafia coronária* e *Estudos hemodinâmicos* [13]. O prognóstico depende dos factores de risco/ comorbilidades associadas, da precocidade do diagnóstico/ tratamento e da gravidade da doença aterosclerótica de base. Os riscos associados à cirurgia por *bypass* na isquemia vascular periférica estão relacionados com a aterosclerose progressiva que conduz à oclusão arterial, incluindo ao retorno dos sintomas pré-operatórios. Além da possibilidade de re-estenose, isquemia do miocárdio ou insuficiência cardíaca, existem outras complicações que devemos ter em consideração: formação de coágulo; reacções à anestesia; dificuldade respiratória; embolia (coágulo do local cirúrgico que pode ocluir vasos no coração, pulmões, cérebro); alterações na pressão arterial; infecção da ferida cirúrgica; hemorragia pós-operatória [12].

Deste modo, será crucial incentivar a redução dos factores de risco e a manutenção da terapêutica farmacológica, de forma a controlar a progressão da doença, prevenir a recorrência da sintomatologia, reduzir a possibilidade de ocorrência de acidentes cardiovasculares e prolongar a sobrevivência do doente, melhorando a sua qualidade de vida.



SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Director: Prof. Doutor Roncon de Albuquerque

Laboratório de Hemodinâmica e Imagiologia Vascular

Nome: **A. V. G. S.**

ND: 9042313

NI: 9038064

DATA: 17-11-2009

Local de Realização: Internamento

Motivo de Realização: À entrada

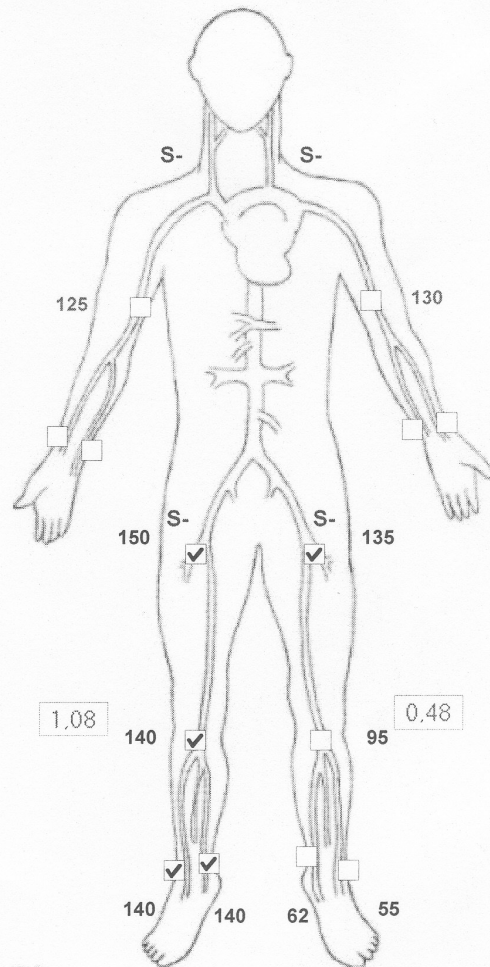
ESTUDO HEMODINÂMICO

Sopro Abdominal: Não observado

Sopro Lombar E: Não observado

Sopro Lombar D: Não observado

	DIR	ESQ
Índice Tornozelo/braço	1,08	0,48
Pressão Peroneal		
Pres. / Índice Hálux	/	/
Índice Punho/braço		



Observações:

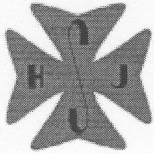
FRCV:

- Tabagismo (40 anos, aprox. 40 cig/dia);

- HTA.

Refere dor em repouso no MIE.

Tec. Rui Chaves



SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Director: Prof. Doutor Roncon de Albuquerque

Laboratório de Hemodinâmica e Imagiologia Vascular

Nome: **A. V. G. S.**

ND: 9042313

NI : 9038064

SU:

DATA: 25-11-2009

Proveniência: Internamento: C. Vascular

Requisitado por: Dr^a Joana de Carvalho

Motivo: Avaliação de Veia para Bypass

ECODOPPLER VENOSO DOS MEMBROS INFERIORES

Lado Direito

A Veia Grande Safena encontra-se permeável, com junção safeno-femoral competente e sem insuficiência troncular em todo o seu trajecto, apresenta diâmetro de 3,30mm na coxa superior, 2,76mm na coxa inferior, 2,80mm no joelho, 2,18mm no 1/3 superior da perna e 2mm no 1/3 médio e inferior da perna.

Lado Esquerdo

A Veia Grande Safena encontra-se permeável, com junção safeno-femoral competente e sem insuficiência troncular em todo o seu trajecto, apresenta diâmetro de 3,70mm na coxa superior, 3,70mm na coxa inferior, 3,84mm no joelho, 3,80mm no 1/3 superior da perna e 2,50mm no 1/3 médio e inferior da perna.

Conclusão: VGS compressíveis, permeáveis e competentes bilateral, apresentam diâmetros entre 3,30mm e 2mm no MID e entre 3,84mm e 2,50mm no MIE.

Realizado por: _____

Tec. Rui Chaves
8189