



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Joana Maria Pinheiro Coelho
Relatório de Estágio em
Cirurgia Vasculiar
(Serviço)

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Joana Maria Pinheiro Coelho
**Relatório de Estágio em
Cirurgia Vascular
(Serviço)**

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Angiologia e Cirurgia Vascular

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:
Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque**

Abril, 2010

FMUP

Eu, Joana Maria Pinheiro Coelho, abaixo assinado, nº mecanográfico 030801098, 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, 15/04/2010

Assinatura: _____

Nome: Joana Maria Pinheiro Coelho

Endereço electrónico: ju@med.up.pt

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio: Relatório de Estágio em Cirurgia Vasculiar (Serviço).

Nome completo do Orientador: Roberto César Augusto Correa da Silva Roncon de Albuquerque

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 6º

Designação da área do projecto de opção:

Angiologia e Cirurgia Vasculiar.

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, 15/04/2010

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Coordenador de estágio e Tutor do relatório, o Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque pela disponibilidade, organização e dedicação; a atenção e atitude pedagógica dos médicos que me acompanharam nas diferentes áreas, nomeadamente o Dr. José Teixeira, a Dr.^a Isabel Vilaça e o técnico Albano Rodrigues; a todos os enfermeiros e pessoal que me auxiliaram no período de estágio, cuja orientação e simpatia foram preciosas, não esquecendo a Secretária Sr.^a D. Margarida Fernandes pela disponibilidade, preocupação, prontidão e boa disposição.

Queria agradecer ao Dr. Carlos Barradas, parente e amigo, pelas “discussões” sobre esta área e à colega Telma Patrícia Santos pela camaradagem e apoio neste trabalho.

RESUMO

Foi realizado um estágio na disciplina de Angiologia e Cirurgia Vascular com a duração de 15 dias, no período de 23 de Novembro a 4 de Dezembro de 2009.

A aluna realizou uma pesquisa sobre a cirurgia endovascular, uma das técnicas mais promissoras e com variadas vantagens relativamente à cirurgia tradicional.

Procedeu à descrição do Serviço, ao seu local físico, ao seu equipamento, fazendo uma breve referência aos profissionais que o constituem.

Descreveram-se as actividades realizadas no Serviço e que a aluna teve o privilégio de presenciar e colaborar, tais como, as Consultas Externas, as Consultas Internas, o Internamento e as Reuniões de Serviço, o Laboratório Vascular, o Serviço de Urgência e o Bloco Operatório.

Durante o estágio foram recolhidos diversos dados que permitiram a elaboração de gráficos e algumas associações de dados, se bem que numa amostra reduzida.

Concluiu-se, entre outros, que as principais patologias na Consulta Externa eram as Varizes nos Membros Inferiores e Doença Arterial Obstrutiva Periférica. As mulheres recorrem ao internamento cerca de uma década mais tarde. O Ecodoppler Venoso dos Membros Inferiores é o exame mais realizado no Serviço. A dor nos membros é a principal queixa dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência e as cirurgias mais vezes realizadas no Bloco Operatório foram a Laqueação e *Stripping* de Safenas Insuficientes dos Membros Inferiores e Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço.

ÍNDICE

ABREVIATURAS E SIGLAS	Pág. 04
ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS	Pág. 05
INTRODUÇÃO	Pág. 06
1- ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	
1.1 O Futuro é Agora!	Pág. 07
2 - SACV	
2.1 Espaço Físico e Equipamento	Pág. 08
2.2 Recursos Humanos	Pág. 09
2.4 Actividade Assistencial	Pág. 10
2.4.1 CE	Pág. 10
2.4.2 Consulta Interna	Pág. 12
2.4.3 Internamento	Pág. 12
2.4.3.1 RS	Pág. 14
2.3.4 Laboratório Vascular	Pág. 14
2.3.6 SU	Pág. 17
2.3.7 BO	Pág. 19
3 – CONCLUSÃO	Pág. 20
4 – BIBLIOGRAFIA	Pág. 21
ANEXOS	Pág. 22
I – Programa de ACV ano lectivo 2009/2010	Pág. 23
II – Publicações Recentes do SACV	Pág. 24
III – Protocolos	Pág. 25
APÊNDICES	Pág. 41
I – Tipos de Cirurgias Realizadas no SACV	Pág. 42
II – Gráfico Geral do Internamento	Pág. 44
III – História Clínica	Pág. 45

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAA: Aneurisma da Aorta Abdominal	MAD: Meios Auxiliares de Diagnóstico
ACV: Angiologia e Cirurgia Vascular	MI: Membros Inferiores
BO: Bloco Operatório	RS: Reuniões de Serviço
CE: Consulta Externa	SACV: Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular
DAOP: doença arterial obstrutiva periférica	SU: Serviço de Urgência
FR: Factor(es) de Risco	TVP: Trombose venosa profunda.
HSJ: Hospital S. João	VMI: Varizes dos MI
HTA: Hipertensão Arterial	

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

- Tabela 1..... Pág. 08
Constituição do SACV.
- Gráfico 1..... Pág. 10
Número de pacientes por patologia na CE.
- Gráfico 2..... Pág. 11
Principais queixas relativas às VMI dos doentes na CE.
- Gráfico 3..... Pág. 11
Principais queixas relativas à DAOP dos doentes na CE.
- Gráfico 4..... Pág. 13
Relação entre os factores de risco (FR) com o género no internamento.
- Gráfico 5..... Pág. 13
Associação das idades entre homens e mulheres.
- Gráfico 6..... Pág. 16
Avalia o número de doentes com os MAD.
- Gráfico 7..... Pág. 16
Avalia o número de doentes com os MAD.
- Gráfico 8..... Pág. 17
Relação da triagem de Manchester com a orientação médica dos doentes.
- Gráfico 9..... Pág. 18
Motivo principal dos doentes recorrerem ao SU
- Gráfico 10..... Pág. 19
Percentagem de cirurgias realizadas no decorrer do estágio.

INTRODUÇÃO

Foi realizado um estágio no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) do Hospital S. João (HSJ) ligado à disciplina de Angiologia e Cirurgia Vascular (ACV), opcional do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Porto. Teve a duração de 2 semanas durante o período de 23 de Novembro a 4 de Dezembro de 2009.

O estágio decorreu sob tutela do Prof. Doutor Roncon de Albuquerque e com a participação dos Especialistas e Internos do SACV.

Todas as actividades foram distribuídas para permitir um menor número de alunos por actividade facultando um ensino de mais qualidade.

O objectivo deste estágio foi acompanhar o quotidiano dos Especialistas, passando por todas as actividades: a Hemodinâmica, o Internamento, as Consultas Externas (CE), o Bloco Operatório (BO), a Angiografia, o Serviço de Urgência (SU) e as Reuniões de Serviço (RS).

Sendo uma área em crescente desenvolvimento, por aumento das patologias a ela associadas, urge, por isso, um maior investimento na aprendizagem para criar profissionais mais capazes e com mais habilitação.

1- ACV

1.1 O Futuro é Agora!

Estamos a passar por um período de grande evolução tecnológica.

Na saúde procuram-se métodos cada vez menos invasivos e mais eficazes de diagnosticar e tratar as patologias.

O campo da ACV não é excepção e deverá acompanhar esta mudança.

Apesar de actualmente ainda se efectuar muitas cirurgias abertas, surge uma alternativa: a cirurgia endoscópica. Ainda há uma certa relutância para usar a cirurgia endovascular em determinadas patologias: aneurismas aórticos, estenose carotídea e doença oclusiva dos membros inferiores. ^(1,2)

A maioria dos estudos a longo prazo ainda não estão disponíveis e, mesmo quando existem dados, parece que a cirurgia endovascular não atingiu ainda o nível de confiança da cirurgia tradicional. ⁽²⁾

Neste momento, há o desafio da aprendizagem destas novas técnicas por parte dos especialistas, uma vez que as mudanças estão a acontecer muito rapidamente. Tão rapidamente que o período entre a introdução das novas técnicas e a aceitação é bastante menor que o ciclo de vida da carreira dos Especialistas. Por isso, quem traz estas inovações deve transferir o seu conhecimento e capacidades técnicas para um conjunto de indivíduos que irá treinar os Especialistas, para que estes estejam aptos a oferecer estas técnicas promissoras aos pacientes. ⁽¹⁾

A cirurgia vascular usa incisões da superfície do organismo e que se prolongam pelo seu interior até ao vaso que se pretende tratar. Na cirurgia endovascular introduz-se agulhas em artérias ou veias mais superficiais, posicionando-se os catéteres, fios guias, balões para dilatação, *stents* até ao local a ser tratado. ⁽¹⁾

As principais vantagens da cirurgia endovascular são o menor trauma cirúrgico, diminuindo o tempo de cirurgia, reduzindo o tempo de internamento, acelerando a recuperação, reduzindo os riscos da cirurgia e as complicações inerentes ao acto cirúrgico. Tudo isto favorece um retorno mais rápido às actividades habituais do paciente. ^(1,2)

2 - O SACV

2.1 - ESPAÇO FÍSICO E EQUIPAMENTO

No 5º piso do HSJ encontra-se situado o SACV.

Passando os elevadores, à direita, encontra-se uma porta automática que limita o serviço. É um serviço modernizado, com boas infra-estruturas para os doentes, com quadros dispersos pelas paredes, tornando o espaço acolhedor.

O SACV é composto por:

Gabinete do Director de Serviço	Professor Doutor Roncon de Albuquerque
Gabinete da Chefe de Enfermagem	Enfermeira Rosária Rodrigues
Gabinetes administrativos	HSJ – D. Ana Isabel Oliveira D. Diana Isabel Correia D. Susana Freitas FMUP – D. Margarida Fernandes
Biblioteca	Onde se realizam as RS e onde se podem consultar livros e artigos científicos. Encontra-se equipada com material audiovisual.
Enfermarias	6, com uma capacidade total de 30 doentes.
Quarto individual	1 Quarto caso seja necessário o isolamento de algum doente.
Sala de Enfermagem	Onde se encontram os processos dos doentes e material necessário ao trabalho de enfermagem.
Sala de Pensos	Realização dos cuidados de enfermagem e pequena cirurgia aos doentes internados.
Sala de Ecodoppler	Equipamento: GE logic 5 expert
Laboratório de hemodinâmica	Realização das avaliações hemodinâmicas dos doentes internados e doentes das CE.

Sala de informática	Sala com 4 computadores onde se tem acesso à informação dos doentes digitalizada.
Copa e Refeitório	
Sala de convívio	
Vestiários	
Casas de banho	

Tabela 1 – Constituição do SACV

2.2 - RECURSOS HUMANOS

Director do Serviço

Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque

Chefe de Serviço

Dr. José Fernando Teixeira

Assistente Hospitalar Graduado

Dr. Emílio Silva

Assistentes Hospitalares

Prof. Doutor Armando Mansilha

Dr. Rocha e Silva

Assistente Hospitalar CIT

Prof. Doutor Sérgio Sampaio

Dr. Jorge Costa Lima

Dr. Fernando Dourado Ramos

Dr. Alfredo Cerqueira

Dr. Pedro Guilherme Paz Dias

Dr. Eurico Norton

Dr.^a Isabel Vilaça

Internos Complementares

Dr. Paulo Dias

Dr.^a Joana Carvalho

Dr. José Manuel S. M. Almeida Lopes

Dr. Pedro Henrique Almeida

Dr.^a Dalila Marques

2.4 - ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

2.4.1 CE

A CE de ACV, no piso 2, pavilhão C é constituída por 3 consultórios. Uma dessas salas está destinada para a realização de exames hemodinâmicos. As salas de pensos contam com apoio de enfermagem e o balcão administrativo com a cooperação de duas funcionárias.

Os doentes que recorrem às CE provêm do SU com patologia não urgente, de outras especialidades, do médico assistente e vigilância pós-internamento no SACV do HSJ.

Participou nos períodos de consulta matinal na primeira semana, à quarta-feira da responsabilidade do Dr. José Teixeira e quinta-feira da semana seguinte com a Dr.^a Isabel Vilaça.

Nos gráficos abaixo estão indicados as patologias mais frequentes bem como os motivos de consulta.

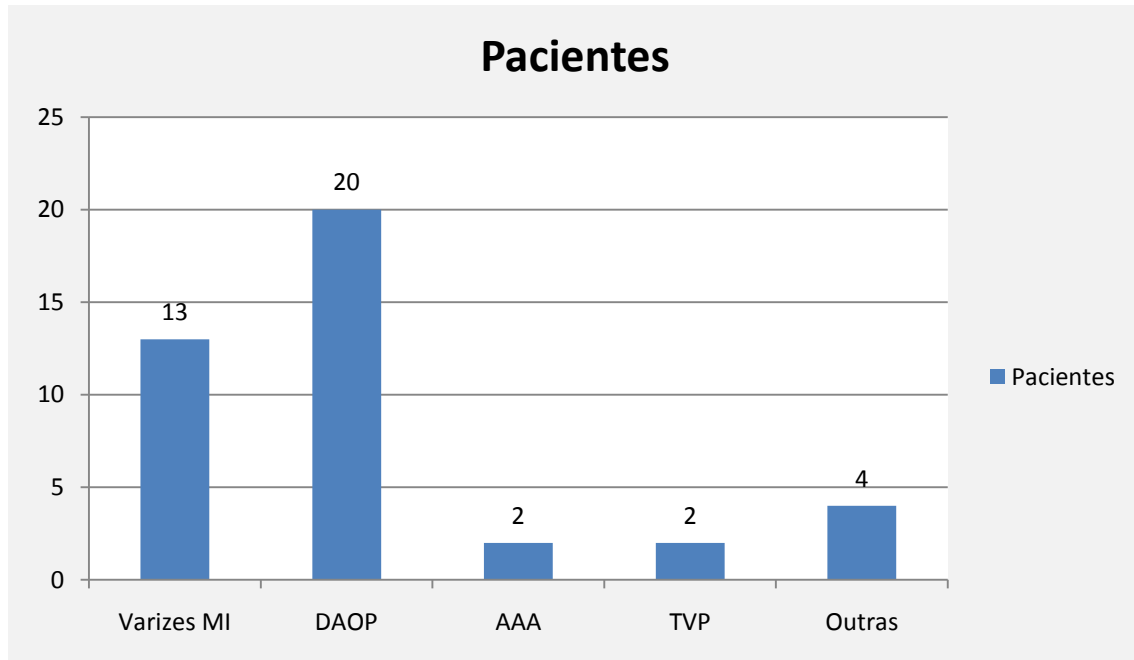


Gráfico 1- Número de pacientes por patologia na CE.

Nestes gráficos podemos observar a principal sintomatologia dos doentes com VMI e DAOP.

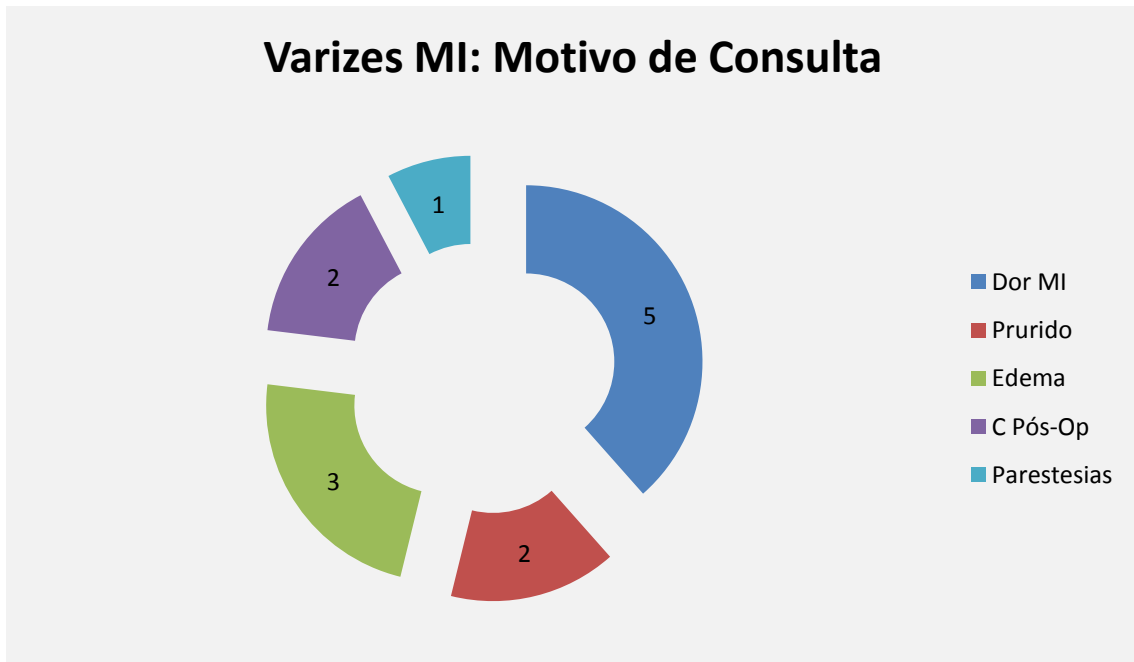


Gráfico 2 – Principais queixas relativas às VMI dos doentes na CE.

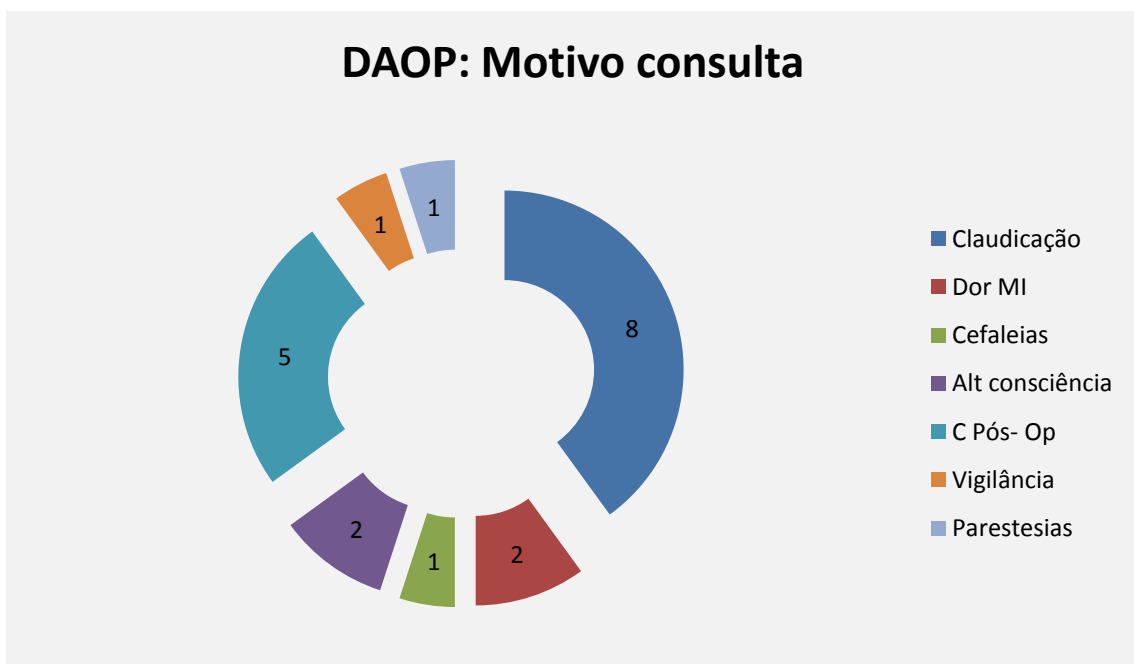


Gráfico 3 – Principais queixas relativas à DAOP dos doentes na CE.

2.4.2 Consulta Interna

Para doentes internados noutras especialidades que tenham necessidade de ser observados por ACV, o SACV assegura uma consulta interna para avaliação por ACV dos doentes internados noutros serviços do HSJ. As especialidades que mais recorrem ao apoio de ACV são: Medicina A e Cirurgia A.

2.4.3 Internamento

Os doentes internados no SACV provêm do SU, CE ou são transferidos de outros Serviços deste Hospital ou de Hospitais menos centrais.

O serviço encontra-se adaptado para prontamente intervir nas emergências que possam decorrer no internamento.

Os médicos do SACV são divididos em equipas e a cada equipa é concedida doentes que serão devidamente acompanhados na avaliação diagnóstica, plano terapêutico, eventual cirurgia e seu posterior seguimento na CE.

Cada equipa é composta por um chefe de equipa, um Especialista e por um ou mais Internos Complementares da Especialidade.

Diariamente, os médicos são escalados para a passagem de visita às 8h00 da manhã. A enfermeira responsável pelos doentes acompanha os Especialistas indicando alguma eventual complicação, ou alteração relativa a cada doente.

Os doentes são devidamente avaliados e estudados para posteriormente se fazer algum ajuste no plano terapêutico.

Os doentes têm alta quando não se justifica mais o seu internamento, podendo ser encaminhados para CE.

A aluna teve o cuidado de acompanhar sempre os Especialistas na passagem de visita aos doentes e acompanhar o doente da cama 13 durante todo o seu internamento. Colheu e apresentou a história clínica detalhada do doente (apêndice III) que lhe foi atribuído pelo Prof. Doutor Roncon de Albuquerque.

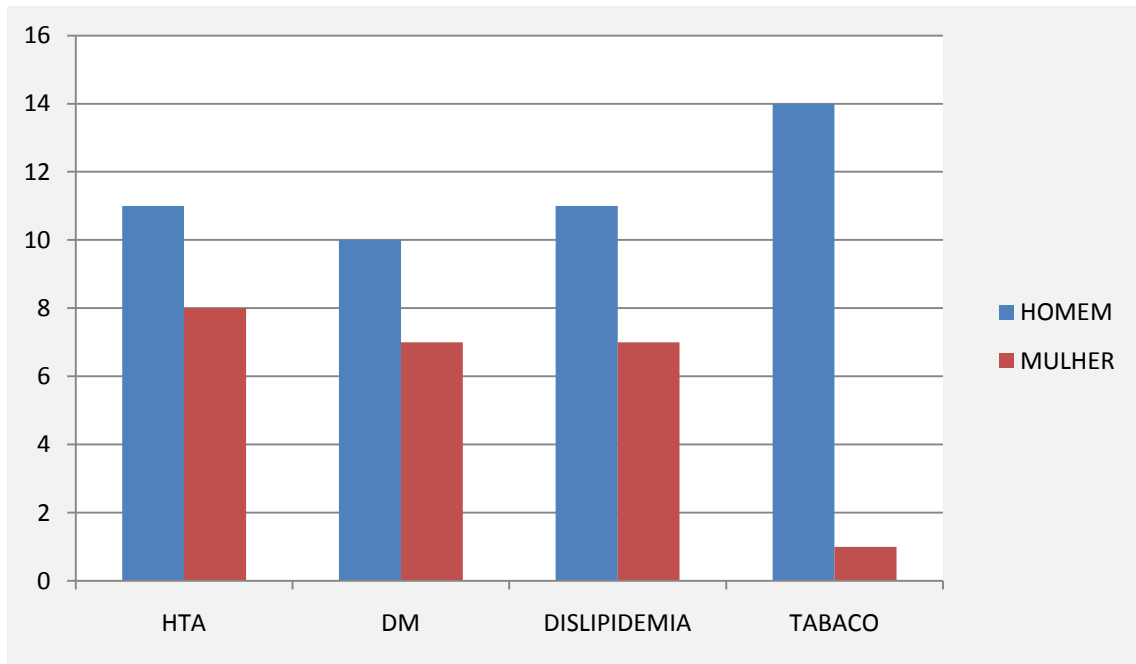


Gráfico 4 – Relação entre os factores de risco (FR) com o género no internamento.

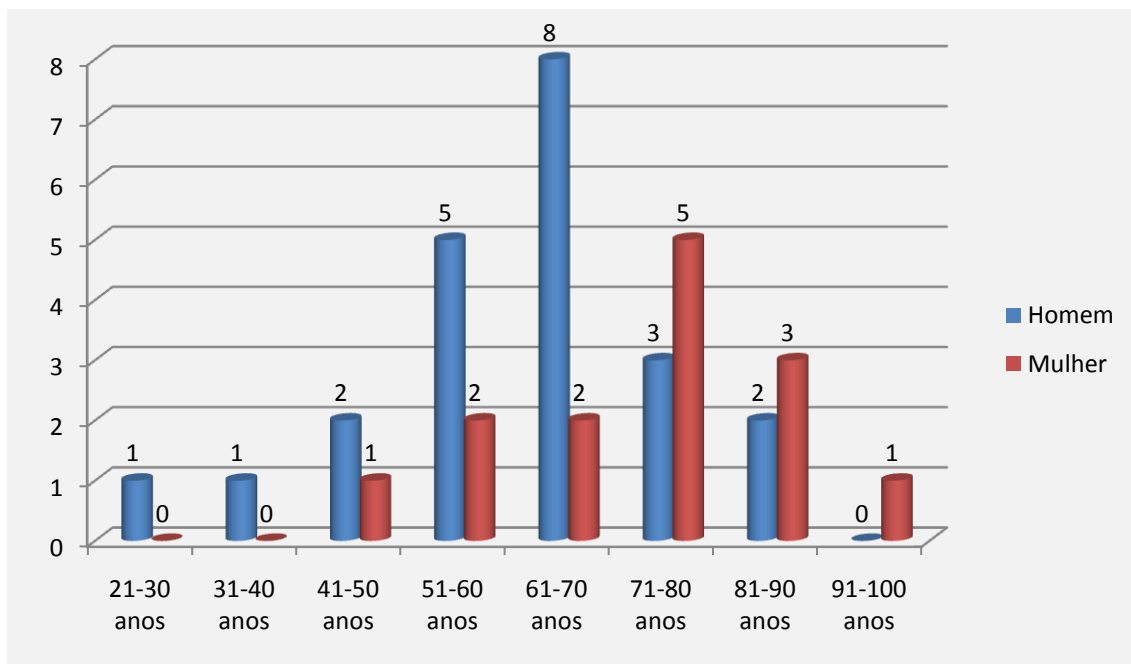


Gráfico 5 – Associação das idades entre homens e mulheres.

2.4.3.1 RS

Decorrem semanalmente, às sextas-feiras de manhã, na Biblioteca do Serviço. São apresentados os resumos das histórias clínicas e dados relevantes dos doentes que estão no internamento. Estas reuniões são bastante importantes porque permitem a discussão de casos e ajudam os médicos a tomar uma decisão conjunta, tornando o diagnóstico e o tratamento mais eficazes. Durante estas reuniões é discutida a forma de tornar o Serviço cada vez mais capaz e eficiente, tentando sempre cultivar a excelência. Os Internos de Especialidade Complementares costumam apresentar artigos ou temas recentes, fazendo uma divulgação das inovações da área.

Durante o bloco, a aluna participou na reunião do dia 27 de Novembro onde, entre muitos assuntos, se destaca a apresentação da Dr.^a Dalila Marques (Vascular Surgery, Rutherford, 6^a edição, capítulo 67, “Tromboembolismo Arterial”) e no dia 4 de Dezembro, exposição de um caso clínico sobre aneurisma da aorta e a apresentação do Dr. José Lopes (artigo sobre “A mortalidade e morbilidade da cirurgia da aorta torácica com exclusão da artéria subclávia esquerda”).

2.4.5 Laboratório Vascular

Para um diagnóstico mais assertivo e capaz, o SACV dispõe de um Laboratório Vascular composto por uma sala de estudos hemodinâmicos, uma sala de Ecodoppler, e também a Unidade de Angiografia Digital.

Dos equipamentos disponíveis na Sala de Estudos Hemodinâmicos, salienta-se: *Unidade Nicolet-Vasoguard* que permite a realização simultânea de pressões arteriais segmentares, fotopletismografia e pletismografia de ar e que determina automaticamente índices tornozelo/braço e possibilita a impressão imediata de relatórios; *Ultrassonografia bidireccional Sonicaid Vasoflow 4*; Dois aparelhos *Doppler* portáteis de emissão contínua unidireccional.

A Sala de Ecodoppler tem à disposição *GE Logic 5 expert* com 2 sondas lineares e uma sonda curvilínea. Este aparelho é, presentemente, o mais utilizado.

Evidencia-se ainda *Triplex Scan Diasonics Synergy Ultrasound Multisync M500*, nas CE e dois aparelhos, *Ecodoppler*, um para o BO Central e o outro no SACV podendo ser transportado para outro Serviço que necessite.

A Unidade de Angiografia Digital dispõe de um *sistema de angiografia digital monopiano Philips Integris 3000 com injector pressão Angiomat 6000*, de uma central de tratamento de imagem, de equipamento de ventilação assistida permitindo angiografias, sob anestesia geral, e de uma sala de dimensões mais reduzidas equipada com uma *unidade móvel de Raio X, Philips BV 29*.

Presentemente, além da realização de vários procedimentos angiorradiológicos, o laboratório Angiografia Digital tem sido utilizado em procedimentos de Angiografia de Intervenção, mais concretamente, angioplastias transluminais, embolizações de aneurismas e malformações vasculares.

A aluna teve o privilégio de assistir a vários procedimentos diagnósticos. Destacam-se:

- Estudo hemodinâmico de doente de 59 anos, hipertenso, com parestesias em repouso no pé esquerdo com mais de 3 meses de evolução: IT/B 1,08 à direita e 0,48 à esquerda (62 mmHg TP).
- Arteriografia de doente de 48 anos com hipertensão arterial (HTA) e hábitos tabágicos, com história prévia de claudicação gemelar para cerca de 200m com agravamento progressivo e início de dor em repouso no MID há um mês: Oclusão da AIC direita, com reabilitação na artéria femoral profunda e na 1ª porção da poplítea, com permeabilidade dos eixos distais à esquerda, oclusão segmentar da femoral superficial com permeabilidade distal.
- Ecodoppler venoso MI de uma doente de 35 anos com insuficiência venosa do MI: veia circunflexa anterior incompetente desde 1/3 superior da coxa até ao joelho no MIE.
- Ecodoppler arterial dos MI de um doente de 59 anos para monitorização de falso aneurisma: Parâmetros ultrassonográficos sugestivos de oclusão de prótese de *bypass* Femoro-poplíteo supra-articular. Falso aneurisma anastomótico da artéria poplítea supra articular.

Estes gráficos avaliam o número de doentes submetidos a diferentes MAD (meios auxiliares de diagnóstico).

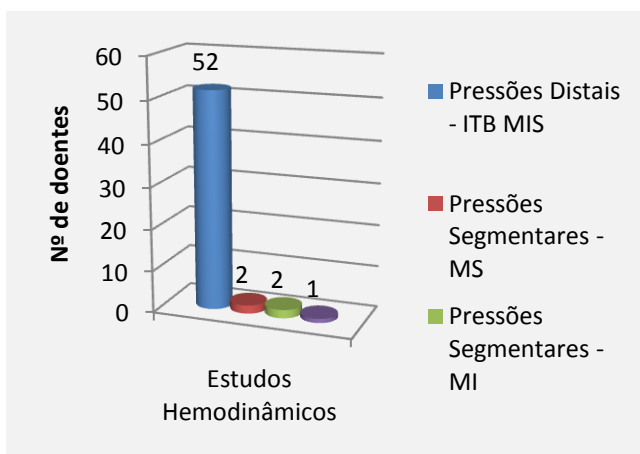
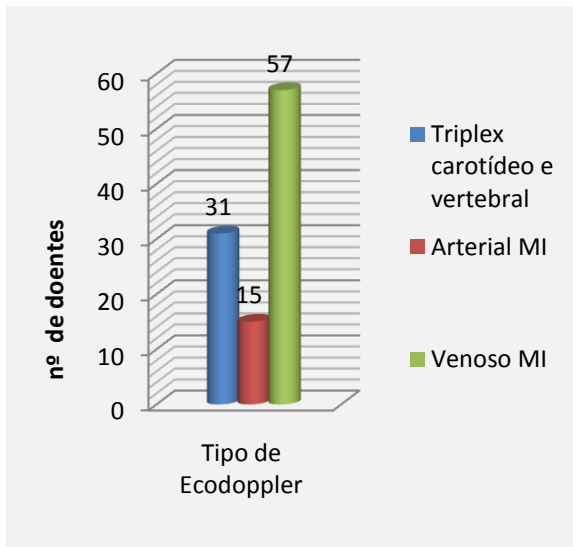


Gráfico 6 e 7- Avalia o número de doentes com os MAD.

2.4.6 SU

A urgência de ACV funciona em regime de chamada. O serviço disponibiliza 2 médicos 24h por dia, sendo 12h diurnas em presença fixa e 12h nocturnas de prevenção, atendendo à urgência ou emergência das patologias. As equipas do SACV que são destacadas para o SU, também são chamadas a intervir no BO.

Realizou um turno de urgência acompanhando a Dr.^a Isabel Vilaça, onde assistiu e colaborou na apreciação e orientação de doentes no SU. Esteve em permanência no SAVC, em resposta aos problemas clínicos, durante a tarde.

No gráfico seguinte pode-se observar a relação da Triagem de Manchester com a orientação médica dos doentes.

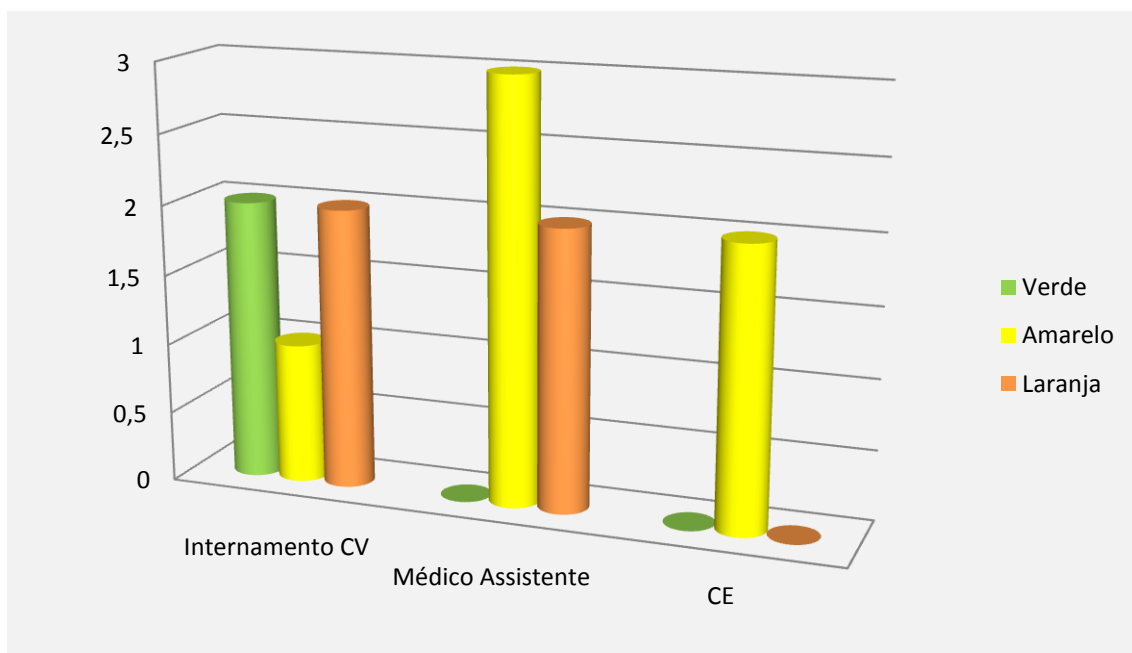


Gráfico 8 – Relação da triagem de Manchester com a orientação médica dos doentes.

Pode-se observar, no seguinte gráfico, os motivos principais que levaram os doentes a recorrer ao SU.

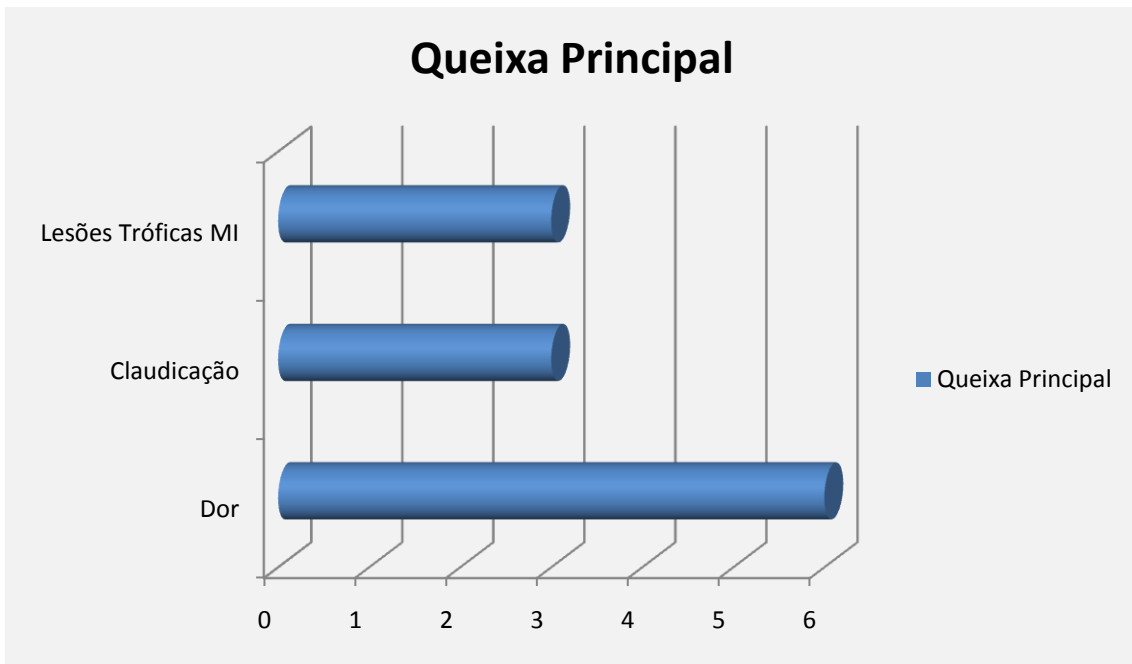


Gráfico 9 – Motivo principal dos doentes recorrerem ao SU.

2.4.7 BO

Sendo uma especialidade cirúrgica, o BO constitui um ponto-chave no Serviço.

Hoje em dia, a actividade cirúrgica não se limita, apenas, ao Bloco Central do HSJ. A Unidade de Cirurgia de Ambulatório e o Bloco de Cirurgia Cárdio-Torácica também impõem a presença dos Especialistas do SACV.

As cirurgias mais comumente realizadas são as intervenções relacionadas ao tratamento da doença arterial oclusiva e trombo-embólica dos membros, intervenções associadas à doença cerebrovascular extra-craniana, reparação de aneurismas arteriais com ou sem rotura, simpaticectomia, construção de acessos arterio-venosos para hemodiálise e amputações.

Assistiu às seguintes cirurgias:

- Uma cirurgia de endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço;
- Uma cirurgia de simpaticectomia cervical (por via toracoscópica);
- Uma cirurgia de *shunt* ou *bypass* vascular periférico;
- Uma cirurgia de amputação do MI acima do joelho
- Duas cirurgias de laqueação e *stripping* de Safenas dos MI.

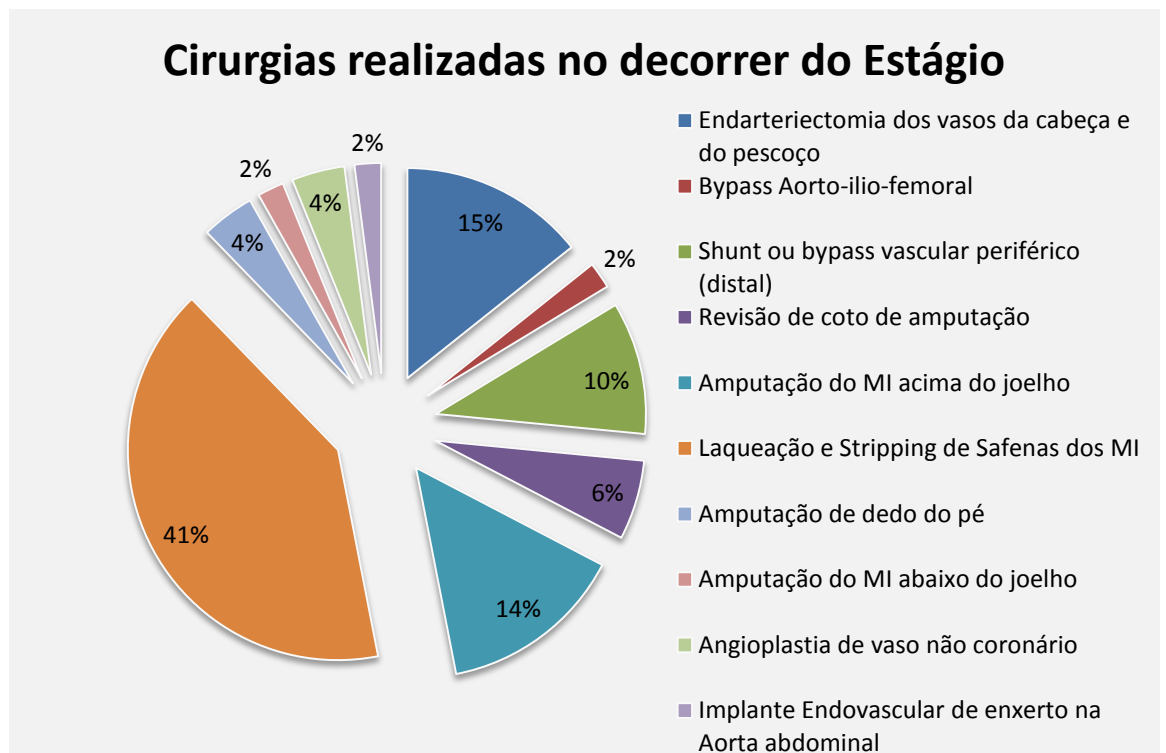


Gráfico 10 – Percentagem de cirurgias realizadas no decorrer do estágio.

3 – CONCLUSÃO

Foi com imenso agrado que a aluna assistiu e pôde participar nas actividades do SACV. Sendo uma área em expansão é bastante importante que os profissionais de saúde se inteirem das suas patologias, dos seus factores de risco, das suas formas de tratamento cirúrgico e/ou médico.

Como forma de perceber melhor as necessidades do Serviço, dos doentes e dos profissionais que trabalham no HSJ, realizou um trabalho de análise e recolha de dados durante o decorrer do estágio. Tendo sido apenas uma amostra reduzida, durante um curto período de tempo, dever-se-á ter sempre em linha de conta que os resultados possam não ser os mais conclusivos.

- CE: As principais patologias apresentadas por estes doentes foram as VMI e DAOP. Nas VMI a principal queixa era a dor nos MI, enquanto na DAOP a principal queixa era a claudicação.
- INTERNAMENTO: A idade média do internamento das mulheres no SACV é cerca de uma década mais tarde do que dos homens. De notar que o uso de tabaco é o FR predominante na população masculina e a HTA é o FR predominante na população feminina.
- LABORATÓRIO VASCULAR: Os exames mais realizados são o Ecodoppler Venoso dos MI e avaliação das pressões segmentares ITB.
- SU: Perante a análise de dados, podemos observar que a Triagem de Manchester nem sempre corresponde à gravidade da sintomatologia apresentada pelos doentes.
A queixa principal dos doentes que recorrem ao SU é dor.
- BO: Durante o bloco, as cirurgias mais realizadas foram a Laqueação e *Stripping* de Safenas, Amputação do MI acima do joelho e Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço.

4 – BIBLIOGRAFIA

1. Journal of Vascular Surgery www.jvascsurg.org
2. White J, Rutherford R, Ryjemwski C. Vascular Surgery, 6th edition, Elsevier, 2005, Section IX Endovascular Surgery: Basic Considerations.
3. Roncon Albuquerque R. Programa de Angiologia e Cirurgia Vascular: Ano lectivo 2009/2010.

ANEXOS

I - PROGRAMA DA DISCIPLINA DE ACV 2009/2010

- ✓ Doença aterosclerótica obstrutiva periférica – Abordagem Clínica, Sintomas e Sinais.
- ✓ Exame objectivo: palpação dos pulsos arteriais; Hemodinâmica – avaliação de pressões e índices doppler – Noções sobre isquemia crítica aguda e crónica – Terapêutica.
- ✓ Doença aterosclerótica expansiva – AAA – Clínica: sintomas e sinais – Exame objectivo – palpação abdominal; Ecodoppler, TAC; RMN; Angiogafia Digital e *Seldinger*; Terapêutica convencional e endovascular (EVAR).
- ✓ Doença cérebro-vascular extracraniana – Abordagem clínica -sintomas e sinais – Noções sobre AIT, RIND e AVC – Noção sobre estenose carotídea com indicação cirúrgica prófiláctica – Enderteriectomia carotídea e angioplastia com colocação de *Stent*.
- ✓ Valor do Ecodoppler no diagnóstico não invasivo; TAC e RMN.
- ✓ Doença Venosa crónica dos MI – sintomas e sinais.
- ✓ Ecodoppler venoso e sua importância no diagnóstico de Insuficiência venosa dos MI Flebografia.
- ✓ Terapêutica médica e cirúrgica venosa clássica e endovascular- endolaser e radiofrequência.
- ✓ Noções sobre tromboflebite superficial e profunda dos membros. Diagnóstico e terapêutica médica e cirúrgica.

II - PUBLICAÇÕES RECENTES DO SERVIÇO:

2008:

- Anita Quintas, **Roncon-Albuquerque R.** “Doença de Buerger: Conceitos Actuais”; Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular; Vol. XV; 1:33.
- Isabel B. Vilaça, J. Almeida Pinto, F. Teixeira, J. Casanova, J. Pinheiro Torres, R. Oliveira, **Roncon-Albuquerque R.**, Carcinoma de Células Renais com extensão até à Aurícula direita – Caso Clínico. Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular; Vol. XV; 2: 105-108.
- Isabel Vilaça, Sérgio Sampaio, José Vidoedo, Paulo Dias, Joana Carvalho, Sérgio Eufrásio, José Teixeira, **Roncon-Albuquerque R.** Resultados da Cirurgia de Revascularização Femoro-distal: Análise retrospectiva de 5 anos. Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular; Vol. XV; 3:151-155
- Joana Carvalho, João Almeida Pinto, Jorge Tenreiro, Timmy Toledo, Isabel Vilaça, P. Dias, **Roncon-Albuquerque R.**; Falso Aneurisma traumático da artéria temporal superficial: breve revisão a propósito de um caso; Revista Portuguesa da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; Vol. IV; 1: 23-26

2009

- J. Carvalho, J.A. Pinto, J.C. Vidoedo, J. Tenreiro, **Roncon-Albuquerque R.** Paradoxical Peripheral Embolism – a Rare and Underestimated Event. European Journal of Vascular & Endovascular Surgery; Vol. 37(5)619.
- Paulo R. Monteiro, Armando Mansilha, Timmy Toledo, Pedro Carvalho, Antonello Ferraro, **Roncon-Albuquerque R.** Nevo Écrino: Tratamento por simpaticectomia torácica endoscópica a propósito de um caso clínico. Revista Portuguesa da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; Vol.5; 2:69-72.
- Rui Costa, **Roncon-Albuquerque R.**; A Century of Buerger’s Disease – What has changed?; Revista Portuguesa da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; Vol. IV; 4: 195-205.
- **Roncon-Albuquerque R.**, Armando Mansilha, Rui Machado, Sérgio Sampaio, Gabriel Anacleto, Luís Mendes, Nuno Meireles. Revista Portuguesa da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; Vol. 5; 2:83

III - PROTOCOLOS

1. - Angiografia

I - Preparação para o exame:

- ⇒ Ficar em jejum a partir das 00 horas do dia do exame;
- ⇒ Iniciar às 7 horas do dia do exame:
 - Perfusão de Glicose a 5% em SF a 125 ml/h;
 - Se utente Diabético, ver protocolo da Endocrinologia. Se não existir protocolo, iniciar perfusão de Glicose a 5% a 125ml/h, monitorização de glicemia capilar de 6/6 horas e administração de Insulina de acção rápida de acordo com esquema do serviço/prescrição médica;
 - Se utente IRC, iniciar perfusão de Glicose a 5% em SF a 63 ml/h; comunicar ao serviço de Nefrologia na véspera do exame para programação de hemodiálise; iniciar N-acetilcisteína - 600 mg PO de 12/12 horas, na véspera e no dia do procedimento;
- ⇒ Interromper medicação anticoagulante:
 - **Excepções:** Não se suspende medicação anticoagulante nos utentes hipocoagulados devido a Prótese Valvular Aórtica ou FA. Nestes casos, perguntar ao Médico como proceder.
 - **Heparinas de baixo peso molecular (HBPM):**
 - Doente a fazer dose terapêutica – faz a última administração na manhã do dia anterior ao exame (se o exame não se efectuar no dia previsto, inicia HBPM na dose terapêutica anteriormente prescrita);
 - Doente a fazer dose profiláctica – faz a última administração às 19 horas do dia anterior ao exame (Nadroparina 30 mg ou Enoxaparina 40 mg);
 - **Heparina EV:** administração em bólus ou perfusão contínua - interromper às 03 horas do dia do exame se os exames se iniciarem no turno da manhã ou às 07 horas se os exames se iniciarem no turno da tarde (excepto se indicação médica em contrário);
- ⇒ Administrar sempre Cardiotónicos, Anti-hipertensores, Diuréticos e Antibióticos que estejam prescritos;

- ⇒ Proporcionar cuidados de higiene gerais e realizar pensos (se existirem) no dia do exame;
- ⇒ Retirar próteses e objectos metálicos;
- ⇒ Esvaziar a bexiga antes de descer para o exame;
- ⇒ O transporte é efectuado pelo pessoal auxiliar, à excepção daqueles cuja estado de saúde seja considerado de risco, devendo estar na Unidade de Angiografia às 8:30 (se exames se iniciarem no turno da manhã) ou 14:00 (se exames se iniciarem no turno da tarde);
- ⇒ O processo deve conter:
 - Rx Pulmonar;
 - E. C. G.;
 - Hemograma, Bioquímica e Estudo Sumário da Coagulação;

II - Após execução do exame:

- ⇒ Avaliar e registar:
 - Estado de Consciência;
 - Sinais Vitais;
 - Eliminação Vesical nas primeiras 12 horas;
 - Sinais/sintomas de isquemia agudizada;
 - Aparecimento de reacções alérgicas;
 - Integridade do penso compressivo (mantê-lo nas primeiras 24 horas);
 - Vigiar sinais/sintomas de hemorragia;
- ⇒ **Se punção Femoral / Lombar**, orientar e supervisionar repouso no leito e membro puncionado (no caso da punção Femoral) em extensão nas primeiras 24 horas;
- ⇒ **Se punção Umeral**, orientar e supervisionar membro puncionado em extensão nas primeiras 24 horas;
- ⇒ Reiniciar medicação anticoagulante 4 horas após a realização do exame, salvo indicação médica contrária;
- ⇒ Reiniciar alimentação oral à chegada ao serviço, com reforço da hidratação, excepto se indicação médica em contrário;

2. - Flebografia

I - Preparação para o exame:

- ⇒ Ficar em jejum a partir das 00 horas do dia do exame;
- ⇒ Iniciar às 7 horas do dia do exame:
 - Perfusão de Glicose a 5% em SF a 125 ml/h;
 - Se utente Diabético, ver protocolo da Endocrinologia. Se não existir protocolo, iniciar perfusão de Glicose a 5% a 125ml/h, monitorização de glicemia capilar de 6/6 horas e administração de Insulina de acção rápida de acordo com esquema do serviço/prescrição médica;
 - Se utente IRC, iniciar perfusão de Glicose a 5% em SF a 63 ml/h; comunicar ao serviço de Nefrologia na véspera do exame para programação de hemodiálise; iniciar N-acetilcisteína - 600 mg PO de 12/12 horas, na véspera e no dia do procedimento;
- ⇒ Interromper medicação anticoagulante:
 - **Excepções:** Não se suspende medicação anticoagulante nos utentes hipocoagulados devido a Prótese Valvular Aórtica ou FA. Nestes casos, perguntar ao Médico como proceder.
 - **Heparinas de baixo peso molecular (HBPM):**
 - Doente a fazer dose terapêutica – faz a última administração na manhã do dia anterior ao exame (se o exame não se efectuar no dia previsto, inicia HBPM na dose terapêutica anteriormente prescrita);
 - Doente a fazer dose profiláctica – faz a última administração às 19 horas do dia anterior ao exame (Nadroparina 30 mg ou Enoxaparina 40 mg);
 - **Heparina EV:** administração em bólus ou perfusão contínua - interromper às 03 horas do dia do exame se os exames se iniciarem no turno da manhã ou às 07 horas se os exames se iniciarem no turno da tarde (excepto se indicação médica em contrário);
- ⇒ Efectuar punção/punções venosa(s) no(s) membro(s) a examinar com cateter de tamanho ≤ 20 G;
- ⇒ Administrar sempre Cardiotónicos, Anti-hipertensores, Diuréticos e Antibióticos que estejam prescritos;

- ⇒ Proporcionar cuidados de higiene gerais e realizar pensos (se existirem) no dia do exame;
- ⇒ Retirar próteses e objectos metálicos;
- ⇒ Esvaziar a bexiga antes de descer para o exame;
- ⇒ O transporte é efectuado pelo pessoal auxiliar, à excepção daqueles cujo estado de saúde seja considerado de risco, devendo estar na Unidade de Angiografia às 8:30 (se exames se iniciarem no turno da manhã) ou 14:00 (se exames se iniciarem no turno da tarde);
- ⇒ O processo deve conter:
 - Rx Pulmonar;
 - E. C. G.;
 - Hemograma, Bioquímica e Estudo Sumário da Coagulação;

II - Após execução do exame:

- ⇒ Avaliar e registar:
 - Estado de Consciência;
 - Sinais Vitais;
 - Eliminação Vesical nas primeiras 12 horas;
 - Aparecimento de reacções alérgicas;
 - Vigiar sinais/sintomas de hemorragia;

- ⇒ Reiniciar alimentação oral à chegada ao serviço, com reforço da hidratação, excepto se indicação médica em contrário;



HOSPITAL SÃO JOÃO
SERVIÇO DE ANGIOLOGIA
E
CIRURGIA VASCULAR

PROCOLOS DE PROCEDIMENTOS

PRÉ-OPERATÓRIOS

Data ___ / ___ / ___

O Director do Serviço

Prof. Roncon de Albuquerque

A Enfermeira Chefe

Enf^a. Rosaria Rodrigues

Elaborado por:
Dr. Alfredo Cerqueira
Enf. André Vinha

1. Endarteriectomia Carotídea

No dia da cirurgia, o doente deverá:

- ⇒ Possuir E.C.G., Hemograma, Bioquímica, estudo da coagulação, sangue para o bloco operatório, Angiografia, RX pulmonar;
- ⇒ Possuir observação por cardiologia (se necessário), endocrinologia (se diabético);
- ⇒ Possuir consentimento informado preenchido, esclarecido e assinado pelo doente ou familiar, na presença do médico;
- ⇒ Ficar em jejum a partir das 00 horas;
- ⇒ Efectuar tricotomia segundo **imagem 1**;

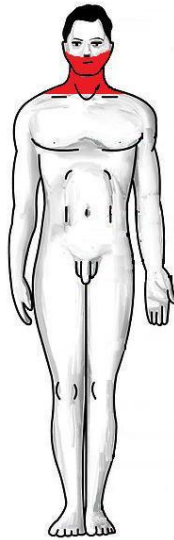


Imagem 1

- ⇒ Iniciar às 7 horas do dia da cirurgia:
 - Perfusão de Glucose a 5% em SF a 125 ml/h;
 - Se utente Diabético, ver protocolo da Endocrinologia. Se não existir protocolo, iniciar perfusão de Glicose a 5% a 125ml/h, monitorização de glicemia capilar de 6/6 horas e administração de Insulina de acção rápida de acordo com esquema do serviço;
 - Se utente IRC, iniciar perfusão de Glucose a 5% em SF a 63 ml/h;

- ⇒ Interromper medicação anticoagulante:
- **Excepções:** Nos utentes hipocoagulados devido a Prótese Valvular Aórtica ou FA. Nestes casos, perguntar ao Médico como proceder.
 - **Heparinas de baixo peso molecular (HBPM):**
 - Doente a fazer dose terapêutica – faz a última administração na manhã do dia anterior à cirurgia (se a cirurgia não se efectuar no dia previsto, inicia HBPM na dose terapêutica anteriormente prescrita);
 - Doente a fazer dose profiláctica – faz a última administração às 19 horas do dia anterior à cirurgia (Nadroparina 0.3 cc ou Enoxaparina 40 mg);
 - **Heparina EV:** administração em bólus ou perfusão contínua - interromper às 03 horas do dia da cirurgia (excepto se indicação médica em contrário);
- ⇒ Levar para o bloco (tem que estar prescrito):
1. Cefazolina 2g e Teicoplanina 400mg;
 2. Teicoplanina 400mg se alérgico à penicilina;
- ⇒ Manter antibioterapia prescrita anteriormente à cirurgia ajustando a via de administração e dose;
- ⇒ Realizar pensos (se existirem) no dia da cirurgia.

2. Cirurgia Torácica

1. Simpaticectomia Torácica;

No dia da cirurgia, o doente deverá:

- ⇒ Possuir:
 - Se idade inferior a 40 anos: Hemograma, Bioquímica, Estudo da Coagulação (se patologia associada), + Rx pulmonar;
 - Se idade superior a 40 anos: anterior + ECG;
 - Consentimento informado preenchido e assinado pelo doente ou familiar;
- ⇒ Ficar em jejum a partir das 00 horas;
- ⇒ Efectuar tricotomia segundo **imagem 2**;

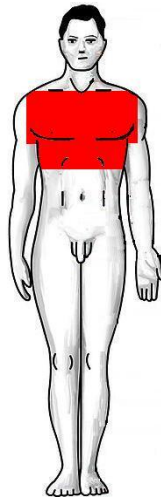


Imagem 2

- ⇒ Iniciar às 7 horas do dia da cirurgia:
 - Perfusão de Glucose a 5% em SF a 125 ml/h;
 - Se utente Diabético, ver protocolo da Endocrinologia. Se não existir protocolo, iniciar perfusão de Glicose a 5% a 125ml/h, monitorização de glicemia capilar de 6/6 horas e administração de Insulina de acção rápida de acordo com esquema do serviço;
- ⇒ Levar para o bloco (tem que estar prescrito):
 - 1.Cefazolina 2g;

3. Cirurgia Abdominal

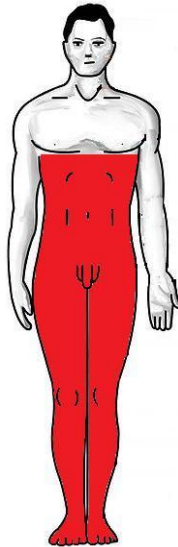
1. By-Pass Aorto-bifemoral;
2. By-Pass Ílio-femoral;
3. By-Pass Axilo-bifemoral;
4. Simpaticectomia lombar;
5. Endoprótese aórtica;
6. Procedimento endovascular ilíaco *;
7. Procedimento endovascular renal *.

No dia da cirurgia, o doente deverá:

- ⇒ Possuir E.C.G., P.F.R., Hemograma, Bioquímica, estudo da coagulação, sangue para o bloco operatório, Angiografia, RX pulmonar;
- ⇒ Possuir observação por cardiologia, endocrinologia (se diabético);
- ⇒ Possuir consentimento informado preenchido, esclarecido e assinado pelo doente e/ou familiar, na presença do médico;
- ⇒ Ficar em jejum a partir das 00 horas;
- ⇒ Efectuar preparação intestinal com meio frasco de X-prep (ou Selgue ou Enema de Limpeza, se indicação médica) a iniciar pelas 13 horas da tarde que antecede a cirurgia;
- ⇒ Fazer enemas de limpeza com soro fisiológico até a água sair limpa sempre que não seja possível efectuar o procedimento anterior antes das 16 horas ou se a preparação intestinal não surtir efeito;
- ⇒ Iniciar dieta líquida branda no jantar que antecede a cirurgia;
- ⇒ Para as cirurgias mencionadas nos pontos 1 e 2, efectuar tricotomia segundo **imagem 3**;
- ⇒ Para a cirurgia mencionada no ponto 3, efectuar tricotomia segundo **imagem 4**;
- ⇒ Para a cirurgia mencionada no ponto 4, efectuar tricotomia segundo **imagem 5**;
- ⇒ Para a cirurgia mencionada no ponto 5, efectuar tricotomia segundo **imagem 6**;

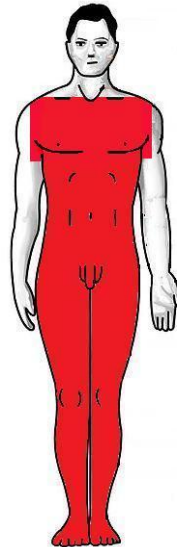
⇒ Para as cirurgias mencionadas nos pontos 6 e 7, efectuar tricotomia segundo **imagem 7**;

Imagem 3



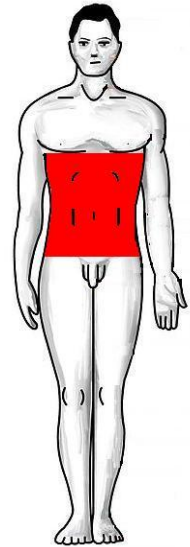
- By-Pass Aorto-bifemoral
- By-Pass Ílio-femoral

Imagem 4



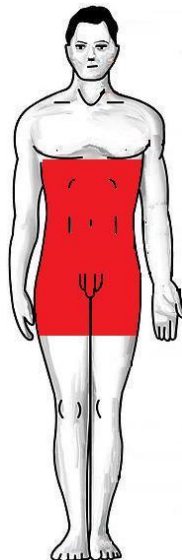
- By-Pass Axilo-bifemoral

Imagem 5



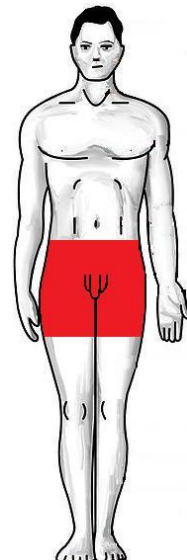
- Simpaticectomia lombar

Imagem 6



- Endoprótese aórtica

Imagem 7



- Procedimento endovascular ilíaco
- Procedimento endovascular renal

- ⇒ Iniciar às 7 horas do dia da cirurgia:
- Perfusão de Glucose a 5% em SF a 125 ml/h;
 - Se utente Diabético, ver protocolo da Endocrinologia. Se não existir protocolo, iniciar perfusão de Glicose a 5% a 125ml/h, monitorização de glicemia capilar de 6/6 horas e administração de Insulina de acção rápida de acordo com esquema do serviço;
 - Se utente IRC, iniciar perfusão de Glucose a 5% em SF a 63 ml/h;
- ⇒ Interromper medicação anticoagulante:
- **Excepções:** Nos utentes hipocoagulados devido a Prótese Valvular Aórtica ou FA. Nestes casos, perguntar ao Médico como proceder.
 - **Heparinas de baixo peso molecular (HBPM):**
 - Doente a fazer dose terapêutica – faz a última administração na manhã do dia anterior à cirurgia (se a cirurgia não se efectuar no dia previsto, inicia HBPM na dose terapêutica anteriormente prescrita);
 - Doente a fazer dose profiláctica – faz a última administração às 19 horas do dia anterior à cirurgia (Nadroparina 0.3 cc ou Enoxaparina 40 mg);
 - **Heparina EV:** administração em bólus ou perfusão contínua - interromper às 03 horas do dia da cirurgia (excepto se indicação médica em contrário);
- ⇒ Levar para o bloco (tem que estar prescrito):
1. Cefazolina 2g se proposto para amputação ou cirurgia sem colocação de prótese;
 2. Cefazolina 2g e Teicoplanina 400mg se procedimento com colocação de prótese ou cirurgia inguinal;
 3. Teicoplanina 400mg se alérgico à penicilina;
- ⇒ Manter antibioterapia prescrita anteriormente à cirurgia ajustando a via de administração e dose;
- ⇒ Realizar pensos (se existirem) no dia da cirurgia.

4. Cirurgia Infra-inguinal

1. By-Pass Femoro-poplíteo;
2. By-Pass Femoro-distal;
3. By-Pass Cruzado Femoro-femoral;
4. Cirurgia Endovascular infra-inguinal *;

No dia da cirurgia, o doente deverá:

- ⇒ Possuir E.C.G., Hemograma, Bioquímica, estudo da coagulação, sangue para o bloco operatório, Angiografia, RX pulmonar;
- ⇒ Possuir observação por cardiologia, endocrinologia (se diabético);
- ⇒ Possuir consentimento informado preenchido, esclarecido e assinado pelo doente ou familiar, na presença do médico;
- ⇒ Ficar em jejum a partir das 00 horas;
- ⇒ Efectuar tricotomia segundo **imagem 8**;

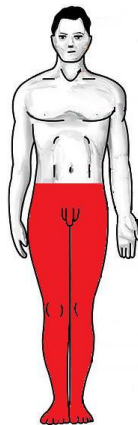


Imagem 8

- ⇒ Iniciar às 7 horas do dia da cirurgia:
 - Perfusão de Glucose a 5% em SF a 125 ml/h;
 - Se utente Diabético, ver protocolo da Endocrinologia. Se não existir protocolo, iniciar perfusão de Glicose a 5% a 125ml/h, monitorização de glicemia capilar de 6/6 horas e administração de Insulina de acção rápida de acordo com esquema do serviço;
 - Se utente IRC, iniciar perfusão de Glucose a 5% em SF a 63 ml/h;

- ⇒ Interromper medicação anticoagulante:
- **Excepções:** Nos utentes hipocoagulados devido a Prótese Valvular Aórtica ou FA. Nestes casos, perguntar ao Médico como proceder.
 - **Heparinas de baixo peso molecular (HBPM):**
 - Doente a fazer dose terapêutica – faz a última administração na manhã do dia anterior à cirurgia (se a cirurgia não se efectuar no dia previsto, inicia HBPM na dose terapêutica anteriormente prescrita);
 - Doente a fazer dose profiláctica – faz a última administração às 19 horas do dia anterior à cirurgia (Nadroparina 0.3 cc ou Enoxaparina 40 mg);
 - **Heparina EV:** administração em bólus ou perfusão contínua - interromper às 03 horas do dia da cirurgia (excepto se indicação médica em contrário);
- ⇒ Levar para o bloco (tem que estar prescrito):
1. Cefazolina 2g se proposto para amputação ou cirurgia sem colocação de prótese;
 2. Cefazolina 2g e Teicoplanina 400mg se procedimento com colocação de prótese ou cirurgia inguinal;
 3. Teicoplanina 400mg se alérgico à penicilina;
- ⇒ Manter antibioterapia prescrita anteriormente à cirurgia ajustando a via de administração e dose;
- ⇒ Realizar pensos (se existirem) no dia da cirurgia.

5. Cirurgia a Varizes

No dia da cirurgia, o doente deverá:

- ⇒ Possuir:
 - Se idade inferior a 40 anos: Hemograma, Bioquímica, estudo da coagulação (se patologia associada);
 - Se idade superior a 40 anos: anterior + ECG;
 - Se idade superior a 60 anos: Anteriores + Rx pulmonar;
 - Consentimento informado preenchido e assinado pelo doente ou familiar;
- ⇒ Ficar em jejum durante pelo menos 6 horas;
- ⇒ Efectuar tricotomia segundo **imagem 9**;

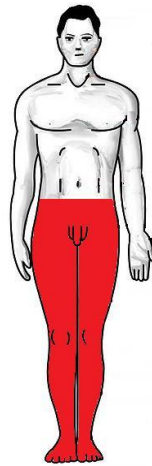


Imagem 9

- ⇒ Iniciar repouso no leito com membros inferiores elevados a 30°;
- ⇒ Iniciar:
 - Perfusão de Glucose a 5% em SF a 125 ml/h;
 - Se utente Diabético, ver protocolo da Endocrinologia. Se não existir protocolo, iniciar perfusão de Glicose a 5% a 125ml/h, monitorização de glicemia capilar de 6/6 horas e administração de Insulina de acção rápida de acordo com esquema do serviço);
 - Se utente IRC, iniciar perfusão de Glucose a 5% em SF a 63 ml/h;
- ⇒ Levar para o bloco amoxicilina + ác. Clavulanico 1.2g (1000+ 125)

6. Amputação

No dia da cirurgia, o doente deverá:

- ⇒ Possuir E.C.G., Hemograma, Bioquímica, estudo da coagulação, sangue para o bloco operatório, Angiografia (se tiver realizado), RX pulmonar;
- ⇒ Possuir observação por cardiologia, endocrinologia (se diabético);
- ⇒ Possuir consentimento informado preenchido, esclarecido e assinado pelo doente ou familiar, na presença do médico;
- ⇒ Ficar em jejum a partir das 00 horas;
- ⇒ Efectuar tricotomia do membro a amputar, excepto de se amputação transmetatarsica ou digital, neste casos fazer tricotomia do pé;
- ⇒ Iniciar às 7 horas do dia da cirurgia:
 - Perfusão de Glucose a 5% em SF a 125 ml/h;
 - Se utente Diabético, ver protocolo da Endocrinologia. Se não existir protocolo, iniciar perfusão de Glicose a 5% a 125ml/h, monitorização de glicemia capilar de 6/6 horas e administração de Insulina de acção rápida de acordo com esquema do serviço;
 - Se utente IRC, iniciar perfusão de Glucose a 5% em SF a 63 ml/h;
- ⇒ Interromper medicação anticoagulante:
 - **Excepções:** Nos utentes hipocoagulados devido a Prótese Valvular Aórtica ou FA. Nestes casos, perguntar ao Médico como proceder.
 - **Heparinas de baixo peso molecular (HBPM):**
 - Doente a fazer dose terapêutica – faz a última administração na manhã do dia anterior à cirurgia (se a cirurgia não se efectuar no dia previsto, inicia HBPM na dose terapêutica anteriormente prescrita);
 - Doente a fazer dose profiláctica – faz a última administração às 19 horas do dia anterior à cirurgia (Nadroparina 0.3 cc ou Enoxaparina 40 mg);
 - **Heparina EV:** administração em bólus ou perfusão contínua - interromper às 03 horas do dia da cirurgia (excepto se indicação médica em contrário);

- ⇒ Levar para o bloco (tem que estar prescrito):
 1. Cefazolina 2g;
- ⇒ Manter antibioterapia prescrita anteriormente à cirurgia ajustando a via de administração e dose;
- ⇒ Realizar pensos (se existirem) no dia da cirurgia.

NOTAS:

* - Nos **procedimentos endovasculares** em doentes com IRC ou IRA (valores de creatinina > ou = a 13 mg/l ou ureia > ou = a 0,5 g/l) o doente faz:

- SF 0,45 % (no caso de ser diabético - G 5% em SF 0,45 %) - 1ml/kg/hora. Inicia 12 horas antes da cirurgia e mantém 12 horas após a cirurgia;
- N-acetilcisteína - 600 mg PO de 12/12 horas, na véspera e no dia do procedimento;

APÊNDICES

I - TIPOS DE CIRURGIAS REALIZADAS NO SACV

Traumatismos Vasculares
Revascularizações, hemostase
Revascularizações secundárias
Isquemia Aguda dos Membros
Trombo-embolectomia
Cirurgias associadas ou complementares
Isqemia Crónica dos MI
Doença aorto-ilíaca, reconstrução directa
Doença aorto-ilíaca, bypass extra-anatómico
Revascularização infra-inguinal
Cirurgia endovascular
Reintervenções, cirurgia complementar
Simpaticectomia
Patologia Neurovascular dos Membros Superiores
Doença Arterial Obstrutiva
Simpaticectomia
Compressão Costo-clavicular
Aneurismas Arteriais
Aorta e ilíacas sem rotura, cirurgia clássica
Aorta e ilíacas sem rotura, cirurgia endovascular
Aorta e ilíacas, em rotura
Artérias periféricas
Artérias Viscerais
Cirurgia das complicações

Acesso Arterio-Venoso para Hemodiálise
Construção
Exploração
Reintervenção
Transplante Renal
Colheita
Implante
Reintervenção
PV Esplâncnica
Patologia Renovascular
Cirurgia clássica
Cirurgia Endovascular
Doença Cerebrovascular Extra-Craniana
Endarterectomia
Cirurgia endovascular
Cirurgia associada
Reintervenção
Patologia Venosa
Sistema Venoso Superficial
Sistema Venoso Profundo

II - GRÁFICO GERAL DO INTERNAMENTO

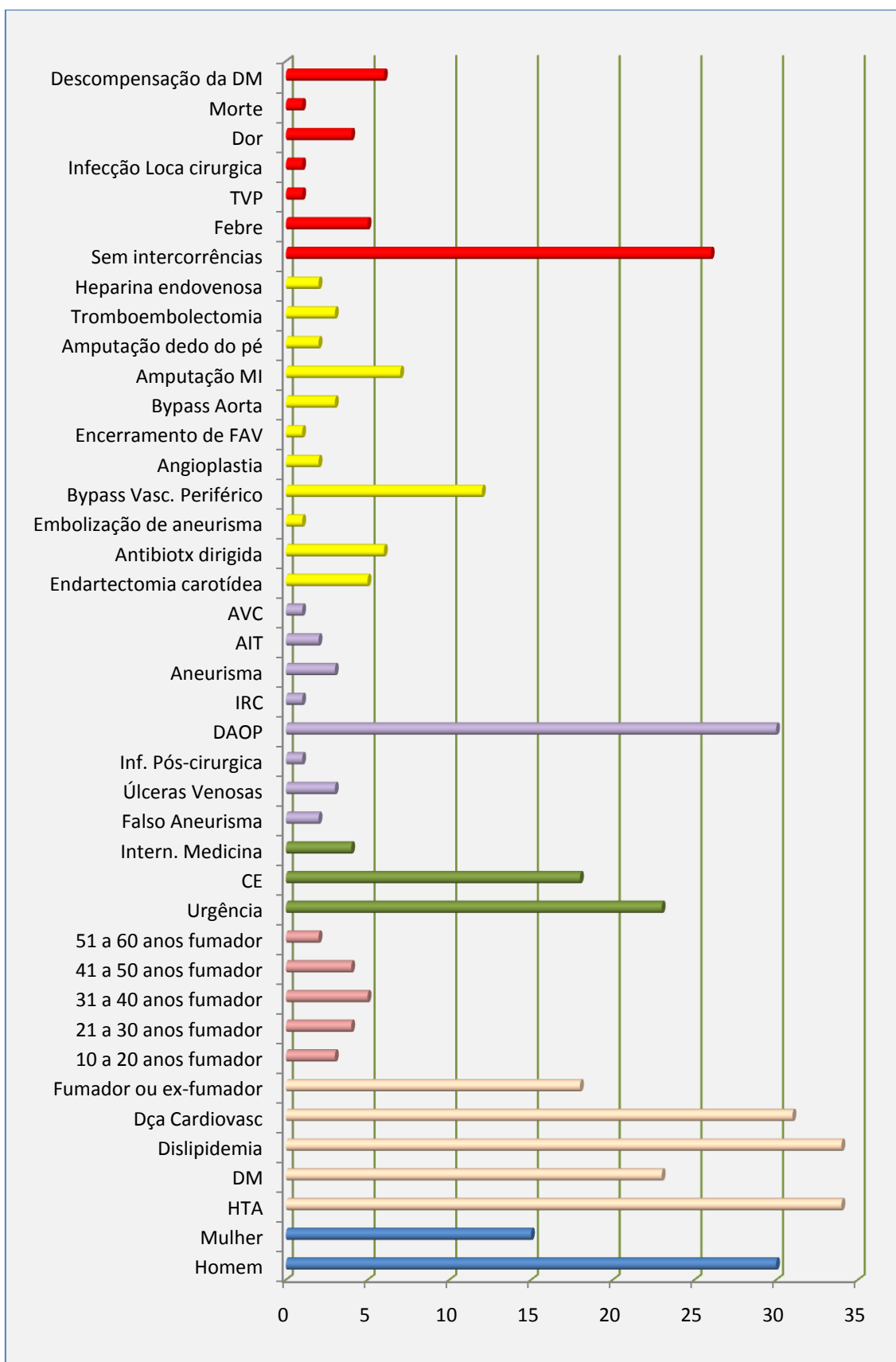


Gráfico – Vermelho: intercorrências; Amarelo: tratamento realizado; Lilás: diagnóstico; Verde: proveniência dos doentes; Rosa: anos que os doentes fumaram; Salmão: FR dos doentes; Azul: género dos doentes.

III - HISTÓRIA CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: VLB

Idade: 48 anos

Género: Masculino

Etnia: Caucasiano

Estado civil: Casado

Naturalidade e residente: Paredes

Profissão: Recepcionista

Religião: Católico

Data da recolha de informação: 23 de Novembro de 2009

Local: Cama 13, Piso 5 – Serviço de Angiologia e Cirurgia vascular

Fonte: O doente.

Fiabilidade da informação: Orientado, consciente e colaborante

MOTIVO DE INTERNAMENTO: Edema e dor em repouso da perna e pé direitos.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Doente de 48 anos de idade, com hábitos tabágicos pesados, com claudicação intermitente à direita desde há 4 anos, com hipertensão arterial e dislipidemia.

No dia 26 de Outubro, 2ª feira, refere dor na perna e pé direitos, enquanto trabalhava, que se foi agravando até 5ª feira. A dor tinha um carácter intermitente, predomínio nocturno, piorava com o movimento e aliviava ligeiramente com o repouso. O pé direito apresentava-se ligeiramente edemaciado, pálido e com parestesias intermitentes.

Dirigiu-se ao Centro de Saúde, foi medicado com um anti-inflamatório que não sabe especificar, mas sem melhoria dos sintomas.

Realizou uma TAC, na semana seguinte, que lhe “*diagnosticou*” *sic* uma hérnia discal. Ficou com baixa médica e foi medicado pelo médico assistente com “*6 injeções para a hérnia*” *sic*, uma por dia. Refere um ligeiro alívio da dor após as injeções.

Após a 4ª injeção, há um agravamento do edema do pé. Dirigiu-se novamente ao posto de Saúde, onde foi observado o pé. Realizou um ecodoppler, ECG com prova de esforço e análises sanguíneas.

Deu entrada no dia 22 de Novembro, domingo, onde se encontra internado desde essa altura.

Nega outros sintomas, tais como, cefaleias, alterações do estado de consciência, dispneia, dor torácica, alterações do trânsito gastro-intestinal ou sintomas genito-urinários.

Neste momento mantém as queixas.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças Anteriores:

- Nega.

Doenças da Infância:

- Desconhece.

Doenças Crónicas:

- Hipertensão arterial desde 5/6 anos, medicado (não sabe especificar)
- Dislipidemia desde há 5/6 anos, não medicado por “*intolerância*” *sic*.
- Nega outras doenças tais como Diabetes, patologia cardíaca ou pulmonar.

Hospitalizações:

- Nega.

Cirurgias:

- Nega.

Traumatismos, Acidentes:

- Nega.

Alergias:

- Desconhece.

Antecedentes Transfusionais:

- Nega.

CUIDADOS DE SAÚDE HABITUAIS

Hábitos e Factores de Risco

Alimentação: Cerca de 4 refeições diárias, consumo preferencial de carne, ingestão de sal moderada e ocasionalmente fritos.

Tabaco: 52 UMA's.

Álcool: cerca de 30g de álcool por dia.

Actividade Física: nega.

Drogas: consumo esporádico de drogas (fumadas) há cerca de 30 anos (marijuana).

Medicações actuais: apenas toma para a hipertensão mas não sabe especificar o medicamento.

Vacinas: em dia, segundo o doente.

HISTÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL

Escolaridade: 9º ano.

Religião: Católico.

Habitação: T2 com terreno luz, água canalizada e fossa. 1 cão.

Estrutura familiar: vive com a mulher e filha.

Profissão actual: Recepcionista.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Pai: Patologia pulmonar (a seguido no IPO)
- Mãe: Cirurgia cardíaca aos 73 anos (bypass?). HTA.
- Irmãos: 3 irmãos e 1 irmã, todos saudáveis.
- Filha: Saudável.

REVISÃO POR APARELHOS E SISTEMAS

Geral: Doente refere anorexia e emagrecimento desde há um mês.

Nega febre, astenia, arrepios, mau estar, sudorese, suores nocturnos.

Pele: Refere pele seca. Pé direito pálido

Nega eritema, erupções, prurido, história de eczema, alterações do cabelo e unhas ou sudorese excessiva.

Olhos: Refere uso de óculos de correcção (presbiopia).

Nega alterações da visão, diplopia, fotofobia, lacrimejo excessivo, dor ocular, sensações involuntárias, olho vermelho, história de infecções oculares, glaucoma, cataratas ou traumatismo ocular.

Ouvidos: Refere hipoacusia direita.

Nega uso de aparelhos auditivos, otalgia, infecção, zumbido, vertigens ou otorreia.

Nariz: Refere alteração do olfacto que associa aos hábitos tabágicos.

Nega obstrução nasal, rinorreia, epistáxis, espirros, alterações do olfacto, história de traumatismo ou sinusites.

Boca e garganta: Refere 2 extracções dentárias na arcada dentária superior, 1 extracção dentária na arcada inferior e algumas cáries.

Nega odontalgia, gengivorragias abcessos, xerostomia, sialorreia, faringites, rouquidão, modificações da voz alterações do gosto ou exsudado orofaríngeo.

Endócrino: Nega dor ou aumento da tiróide, intolerância ao frio/calor, modificações de peso inexplicáveis, polidipsia, poliúria ou polifagia.

Respiratório: Nega tosse, toracalgia, dor pleurítica, dispneia, expectoração, cianose, pieira ou hemoptise.

Cardiovascular: Refere claudicação intermitente para cerca de 50 m, edemas à direita. Refere ainda perna e pé direito frio.

Nega dor torácica, palpitações, dispneia de esforço, ortopneia, dispneia paroxística nocturna, história de enfarte agudo de miocárdio, febre reumática, tromboflebite, perda de pelos nas pernas, descoloração das extremidades ou úlceras.

Hematológico: Nega tendência para hematomas ou sangramento, história de anemia ou transfusões.

Gastrointestinal: Nega alterações gastro-intestinais, dificuldade de deglutição, disfagia, enfartamento, pirose, náusea, vômito, intolerância alimentar, dor abdominal,

hematemeses, melenas, rectorragias, hematoquezias, modificações do volume abdominal, hemorróides, dor rectal, tenesmo, doença hepática ou biliar.

Genitourinário: Refere algum esforço para urinar.

Nega disuria, dor no flanco ou suprapúbica, urgência, polaquiúria, noctúria, hematuria, modificações do jacto, incontinência, história de infecções, litíase ou de retenção urinária. Nega ainda lesões no pénis ou doenças venéreas.

Musculo-Esquelético: Refere dor a nível da perna e pé direito, levando a uma limitação de movimentos.

Nega diminuição da força muscular, paralisia, rigidez muscular, rigidez articular, artrite, gota, deformidades ósseas.

Neurológico: Nega quedas, cefaleias, tonturas, vertigens, síncope, convulsões, perda de conhecimento, anomalias sensitivas ou de coordenação, paralisias, tremor, alterações de memória, alterações de linguagem, alucinações, desorientação, história de traumatismo crânio-encefálico.

Psiquiátrico: Nega modificações de humor, tensão, ansiedade, dificuldade de concentração, nervosismo, irritabilidade, pensamentos suicidas.

EXAME FÍSICO

Estado geral

- Doente consciente e colaborante e orientado T/E.
- Bom estado geral, mas idade aparente superior à idade real.
- Estado nutricional razoável.
- Sem sinais de sofrimento agudo ou crónico.
- A posição preferencial: deitado no leito, com o membro inferior direito elevado.
- Sem fácies característica.

Sinais vitais

Temperatura: 36°C

Frequência cardíaca: 85 b.p.m.

Frequência respiratória: 24 c.p.m.

Tensão arterial (braço esquerdo/deitado): 161/70 mm de Hg.

Parâmetros antropométricos:

Peso: 79kg.

Altura: 1,67m.

Índice de massa corporal: 28,33 kg/m²

Pele e faneras:

Pé direito pálido, com temperatura diminuída em relação ao pé esquerdo. Presença de hematomas a nível periumbilical. Nas zonas articulares pele desidratada. Lesão pigmentada de cerca de 1cm a nível infra-temporal esquerda. Pilosidade normal para idade e género. Restante exame sem alterações significativas.

Cabeça:

Ausência de dismorfias, tumefacções, pontos dolorosos à palpação ou adenomegalias.
Alopécia ligeira do tipo androgénica;

Olhos:

Pálpebras: simétricas, móveis sem ptose/ retracção, edema, sinais inflamatórios ou xantelasma. Ausência de exoftalmia/enoftalmia

Conjuntiva de coloração normal sem sinais inflamatórios.

Escleras anictéricas. Ausência de opacidades da córnea e cristalino.

Ouvidos:

Ausência de alterações na configuração e implantação dos pavilhões auriculares. Sem sinais inflamatórios ou otorreia.

Fossas Nasais:

Manutenção da configuração da pirâmide nasal sem desvio do septo nasal. Fossas nasais permeáveis. Ausência de rinorreia, epistaxis, edema ou dor sobre os seios perinasais.

Cavidade oral e faringe:

Ausência de 3 dentes, sendo que os restantes se encontram em muito mau estado geral, com deficiente higiene oral.

Mucosa oral hidratada sem ulcerações

Sem outras alterações.

Pescoço:

Ausência de deformidades ou tumefacções visíveis.

Mobilidade passiva e activa preservada. Ausência de adenomegalias.

Tiróide não palpável.

Tórax:

Simétrico, ausência de deformidades, tumefacções visíveis, massas palpáveis, pontos dolorosos ou alteração da relação dos diâmetros antero-posterior/transverso.

Ausência de circulação venosa superficial, ginecomastia ou adenopatias axilares.

Respiratório

Inspeção: Respiração torácica. Boa expansibilidade e simetria dos movimentos respiratórios. Ritmo respiratório regular. Sem retracções ou tiragem supraclavicular, intercostal, subcostal. Ausência do uso de músculos acessórios.

Palpação: Simetria dos movimentos. Boa transmissão das vibrações vocais. Ausência de crepitações.

Percussão: Tórax ressonante. Áreas de macicez coincidentes com o bordo superior do fígado.

Auscultação: Sons respiratórios simétricos e ausência de sons adicionais. Ausência de atrito pleural.

Sistema Cardiovascular:

- Pulso radial: amplo, regular e simétrico.
- Pulso femoral: amplo e regular. Imperceptível à direita.
- Pulso pedioso: ausente bilateramente.

Ausência de frémitos e sopros carotídeos, renal, aorta abdominal.

Refluxo hepato-jugular ausente.

Coração:

Inspeção: Sem pulsatilidades, área de impulso máximo não visível.

Palpação: área de impulso máximo no 5º espaço intercostal na linha axilar anterior esquerda. Ausência de frémitos e lifts paraesternais.

Auscultação: área pulmonar, área aórtica, área mitral e área tricúspide. Primeiro e segundo som presentes e sem alterações. Ausência de sons adicionais ou sopros ou atrito pericárdico.

Edemas - Sinal de Godet ausente.

Membros inferiores: à direita há uma diminuição do tempo de reperfusão arterial, o pé está mais frio e pálido. Sinal de buerguer positivo.

Abdómen:

Inspeção: Abdómen globoso com abaulamento dos flancos. Panícula adiposa dispersa por todo o abdómen. Boa mobilidade respiratória. Sem circulação colateral visível. Sem peristaltismo visível ou pulsatilidades. Ausência de massas, hérnias.

Palpação: superficial e profunda sem alterações. Sem dor à palpação nem contractura. Ausência de tumefacções palpáveis ou hérnias umbilicais ou inguinais. Ausência de adenomegalias inguinais. Fígado 1 cm abaixo da grade costal. Sinal da onda ascítica negativo.

Percussão: Timpanismo nos quadrantes inferiores do abdómen.

Auscultação: Ruídos hidraéreos presentes e audíveis em todos os quadrantes. Ausência de sopros.

Dorso:

Sem variações posturais. Ausência de pontos dolorosos, tumefacções ou contractura.

Recto e Aparelho Genital:

Não foi realizado exame por falta de condições.

Membros:

Alterações do MI direito foram já supracitadas.

Ausência de tumefacções, adenopatias e nódulos subcutâneos.

Articulações: Sem edema ou sinais inflamatórios.

Neurológico:

Doente vigil e colaborante. Orientado no T/E.

Discurso fluente, compreensão das perguntas e respostas coerentes. Sem alterações na linguagem.

Funções intelectuais superiores preservadas.

Função cerebelosa: dismetria - prova dedo nariz sem alterações.

Ausência de rigidez da nuca.

RESUMO

Doente de 48 anos de idade, com hábitos tabágicos pesados, com claudicação intermitente à direita desde há 4 anos, com hipertensão arterial e dislipidemia.

Dor em repouso do pé direito desde há um mês, associado a edema e palidez.

LISTA DE PROBLEMAS

- Edema e dor em repouso da perna e pé direito
- Claudicação intermitente
- Hipertensão arterial
- Dislipidemia

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

1. Aterosclerose obstrutiva
2. Trombangeíte obliterante (doença de Buerger)
3. Inserção anómala dos gémeos
4. Doença quística da adventícia
5. Ateroembolismo
6. Angeíte dos grande vasos
7. Iatrogenia
8. Traumatismo prévio

EXAMES AUXÍLIARES DE DIAGNÓSTICO

- Estudo hemodinâmico: 0.18 e 0.59 à direita e esquerda, respectivamente.
- Arteriografia dos membros inferiores (23/11/2009): oclusão da artéria ilíaca comum direita, com reabilitação na artéria femoral profunda e na 1ª porção da poplítea, com permeabilidade dos eixos distais à esquerda oclusão segmentar da femoral superficial com permeabilidade distal.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Isquemia crónica do Membro inferior direito grau III, provavelmente associada a aterosclerose ou a patologia arterial inflamatória.

DISCUSSÃO

Dos variados diagnósticos diferenciais apresentados os que se enquadram mais na história do doente, com os seus variados factores de risco são: aterosclerose e trombose obliterante.

A claudicação intermitente é um sintoma que traduz a evolução lenta e progressiva de aterosclerose.

O doente apresenta vários factores de risco para a doença aterosclerótica tais como: hábitos tabágicos pesados, hipertensão arterial, dislipidemia, idade e o género.

Tendo em conta a idade do doente e o facto de ser um fumador pesado poderia pensar-se em trombose obliterante (ou Doença de Buerger), que sendo uma doença inflamatória, atinge pacientes mais jovens, numa faixa etária entre os 30 aos 40 anos, com hábitos tabágicos acentuados.

No entanto, tanto a localização da oclusão, que é mais proximal, como a idade e os outros factores de risco fazem-nos pensar em aterosclerose obstrutiva.

TERAPÊUTICA

A terapêutica de isquémia crónica depende do grau de isquemia, localização das lesões e do estado geral do paciente. Opta-se por tratamento conservador quando os graus de isquemia são I e IIa. Consiste em corrigir factores de risco, aumento da actividade física e tratamento farmacológico.

Quando a doença se encontra em fase mais avançada, pensar-se-à num tratamento cirúrgico, tendo em conta o risco do doente.

Tendo em conta o bom estado geral do doente, e o grau de isquemia (III) optou-se por tratamento cirúrgico - bypass aorto-uniiliaco a femoral profunda- revascularização de um território isquémico, ultrapassando a lesão, sem ser necessária a sua remoção.

A cirurgia não se chegou a realizar por se constatar que a artéria femoral profunda direita tinha aderência tecidual e aspecto morfológico compatível com doença inflamatória.

PROGNÓSTICO

A mortalidade global aos 5 anos, em doentes com claudicação intermitente é 29%.

A curva de sobrevida torna-se, portanto, bastante inferior à da restante população.

Urge, por isso, a alteração dos factores de risco, em especial o tabagismo, de forma a condicionar uma evolução prognóstica mais favorável.

A cessação dos hábitos tabágicos diminui a progressão dos sintomas de isquemia dos MI em 25% dos casos, sendo a taxa de amputação praticamente nula e reduzindo a taxa de mortalidade em 50%.

O prognóstico também é influenciado pelo padrão de doença: pacientes com doença multissegmentar tem maior probabilidade de desenvolverem progressão de sintomas do que os pacientes com lesões isoladas.