



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Liliana Patrícia Ferreira Oliveira
Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Liliana Patrícia Ferreira Oliveira
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

Agradecimentos

Agradecimento a todos os profissionais do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) do Hospital de São João (HSJ), em especial ao coordenador de estágio e tutor do relatório, Prof. Dr. Roberto Roncon de Albuquerque pela oportunidade de realização do Estágio. Agradecimento pela sua orientação e acompanhamento na elaboração do Relatório de Estágio, por toda a disponibilidade e profissionalismo.

Agradecimento a todo o pessoal médico que acompanhou as actividades presenciadas, pela sua atitude pedagógica e dedicação.

Agradecimento às Secretárias Margarida e Susana, pela simpatia, disponibilidade e prontidão no esclarecimento de questões e fornecimento de material.

Título: Relatório de Estágio em Angiologia e Cirurgia Vascular

Resumo

O presente relatório reporta o estágio realizado 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 (ACV), tendo uma duração de quinze dias.

Pretende-se salientar as diversas actividades assistenciais frequentadas durante o período de estágio, com vista à descrição e determinação de frequências absolutas dos principais diagnósticos, factores de risco cardiovasculares (FRCV) e tratamentos observados.

O estágio permitiu a rotação pelas diversas áreas de actividades do SACV, possibilitando o aprofundamento do conhecimento e agilidade prática na abordagem diagnóstica e terapêutica de várias patologias bem como conhecer o funcionamento e dinâmica de um serviço hospitalar.

No internamento constatou-se que a faixa etária mais prevalente era dos 70-80 anos, sendo 75% do sexo masculino. O principal motivo de internamento era a isquemia grau IV. O principal tratamento instituído na amostra observada foi amputação, seguida pela revascularização do membro por bypass. Os principais FRCV presentes nesta amostra eram a Dislipidemia, Hipertensão arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) e Tabagismo. É importante referir que a endarteriectomia carotídea é uma das mais valias cirúrgicas do SACV, efectuada diariamente, com bons resultados.

Na consulta externa (CE) verificou-se que o principal motivo de consulta era o follow-up e despiste de doença arterial periférica, seguida de varizes. A faixa etária mais prevalente na amostra observada era 50-60 anos, sendo 50% do sexo masculino. Nesta amostra, 64% tinha Dislipidemia, 43% HTA, 36% Tabagismo e 29 % DM.

Os objectivos propostos para o estágio foram cumpridos, permitindo aprofundar conhecimentos na área da ACV, com vista à melhor formação médica.

Abstract

This document refers to a traineeship of fifteen days made in Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) of Hospital de S. João in the scope of the optional subject-Angiology and Vascular Surgery.

We will try to show the several assistencial activities witnessed during the traineeship so that we can describe and calculate the absolute frequency of the main diagnosis, the main cardiovascular risk factors and treatment performed.

The traineeship allowed the rotation by the different activities where SACV works so that the student could improve the diagnosis assessment and notice the best treatment purposed for each patient. It also made possible to understand the way of working of a hospital department.

In the nursing it was witnessed that the modal score of age was 70-80 years old and 75% was men. The main diagnosis was critical ischemia. The main treatments performed on this sample were on first amputation and on second bypass to revascularization. The main cardiovascular risk factors (FRCV) found were Dislipidemia, Arterial Hypertension (HTA), mellitus diabetes (DM) and smoking addiction. Carotid endarterectomy is a important surgical procedure, used by SACV, daily, with good results.

The sample observed in the outpatient service showed that the main reasons for patients come were follow up/exclude Peripheral Arterial Disease and varicosities. This sample had between 60-80 years old and 50% was men. 64% had Dislipidemia, 43% HTA, 36% smoking addiction and 29% DM.

The main goals for the traineeship were achieved, what improved the knowledge on Angiology and Vascular Surgery so important to the medical formation.

Índice

1. Introdução.....	7
1.1 Organização do Relatório de Estágio.....	7
2. História da Angiologia e Cirurgia Vascular.....	9
3. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular.....	12
3.1 História do SACV do HSJ.....	12
3.2 Espaço físico e equipamento.....	12
3.3 Corpo Clínico	15
3.4 Indicadores estatísticos do Serviço	15
4. Actividade assistencial.....	17
4.1 Internamento.....	17
4.2 Meios Auxiliares de Diagnóstico.....	20
4.2.1 Laboratório Vascular	20
4.2.2 Unidade de Angiorradiologia.....	21
4.3 Consulta Externa.....	22
4.4 Bloco Operatório.....	26
4.5 Serviço de Urgência.....	28
4.6 Reunião de Serviço.....	28
5. Conclusões.....	30
6. Bibliografia.....	33
Apêndice I.....	34
Apêndice II.....	35
Anexo I.....	55
Anexo II.....	56
Anexo III.....	56

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACV- Angiologia e Cirurgia Vascular

CE- Consulta Externa

DAP- Doença Arterial Periférica

DM- Diabetes Mellitus

FRCV- Factores de Risco Cardiovasculares

ITB- Índice tornozelo-braço

HSJ- Hospital de S.João

HTA- Hipertensão Arterial

MAD- Meios Auxiliares de Diagnóstico

MI- Membro inferior

MS- Membro superior

SACV- Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular

SU- Serviço de Urgência

Tx- Tratamento

UMA- Unidades maço/ano

UAG- Unidade Autónoma de Gestão

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1- Planta do SACV.....	13
Figura 2- Entrada do SACV	14
Figura 3- Corredor principal do SACV.....	14
Figura 4- Refeitório do SACV.....	14
Figura 5- Unidade de ultrassonografia bidireccional <i>Nicolet- Vasoguard</i>	21
Figura 6- Sistema de Angiografia Digital monopiano <i>Philips Integris 3000</i>	22
Figura 7- Planta das CE.....	23
Gráfico 1- Distribuição dos doentes internados de acordo com o sexo.....	18
Gráfico 2- Distribuição dos doentes internados de acordo com a faixa etária.....	18
Gráfico 3- Motivo de internamento dos doentes observados.....	19
Gráfico 4- Tratamento instituído aos doentes internados.....	19
Gráfico 5- Distribuição dos doentes da CE de acordo com o sexo.....	24
Gráfico 6- Distribuição dos doentes da CE de acordo com a faixa etária.....	24
Gráfico 7- FRCV observados nos doentes da CE.....	25
Gráfico 8- Tratamento proposto aos doentes da CE.....	25
Tabela 1- Cirurgias observadas durante o período de estágio.....	27

1. Introdução

No âmbito da disciplina opcional de Angiologia e Cirurgia Vascular (ACV), do plano curricular do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, foi realizado um estágio no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) do Hospital de São João (HSJ), durante o período de 14 a 25 de Setembro de 2009.

A realização do estágio em ACV foi motivada pelo interesse nas patologias desta área e desejo em conhecer melhor as actividades realizadas na especialidade, que se coloca como opção futura. O estágio consistia no acompanhamento das diferentes actividades diárias realizadas pela equipa médica do serviço, passando por todos os sectores de actividades como, Internamento, Laboratório Vascular, Angiografia, Consulta Externa (CE), Bloco Operatório, Serviço de Urgência (SU) e Reunião de Serviço. Estas actividades eram tutorizadas pelo especialista responsável por cada sector.

Dado o 6º ano em Medicina ser um ano profissionalizante, foi feita a opção de elaborar um relatório de estágio em que fosse possível descrever as actividades realizadas e aprofundar os conhecimentos acerca das patologias da área, em termos de abordagem diagnóstica, exames auxiliares de diagnóstico e terapêuticas efectuadas.

Este relatório pretende descrever as actividades realizadas durante o estágio, destacando as patologias e factores de risco mais frequentemente observados, meios auxiliares de diagnóstico e tratamentos mais frequentemente efectuados durante o período de estágio, bem como estabelecer comparações com as estatísticas disponibilizadas pelo serviço.

1.1 Organização do Relatório de Estágio

O relatório inicia-se com uma abordagem histórica da evolução da ACV, com referência a descobertas importantes na área da cirurgia vascular, que actualmente são importantes ferramentas de trabalho no diagnóstico das patologias da área. Posteriormente segue-se a descrição do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV), desde a abordagem da história do serviço, espaço físico, recursos humanos até à descrição sumária das diferentes actividades assistenciais do SACV. Faz-se ainda referência aos indicadores estatísticos do mês de Outubro de 2009 do SACV.

A descrição das actividades assistenciais do SACV inicia-se com a descrição do Internamento, seguida pelo Laboratório Vascular, CE, Bloco Operatório, SU e por fim Reunião de Serviço.

2. História da Angiologia e Cirurgia Vascular

As Doenças Vasculares são a causa mais comum de mortalidade e morbidade em Portugal. O seu tratamento (Tx) cirúrgico tornou-se altamente especializado, exigindo uma formação diferenciada e cada vez mais complexa. A Cirurgia Vascular surge assim, como uma Especialidade autónoma pela multiplicidade e complexidade dos MAD e de Tx, bem como pela especificidade e frequência das respectivas doenças.

Desde longa data, vários nomes da Medicina, contribuíram com as suas descobertas para o desenvolvimento da ACV. São de referir alguns dos nomes como, Egas Moniz, Reynaldo dos Santos, João Cid dos Santos, Hernâni Monteiro, Leriche e Rudolph Matas.

Três aquisições vieram facilitar a cirurgia vascular em geral e a terapêutica cirúrgica dos aneurismas em particular: a arteriografia, que veio permitir a visualização da situação, da forma, permeabilidade, dimensão do lúmen, vias colaterais e circulação anastomótica; o bloqueio novocaínico do simpático e a gangliectomia, para a dilatação das colaterais; e a heparinização, impedindo a trombose das anastomoses e das suturas vasculares^[1].

A primeira abordagem da aorta começou em 1923 com Rudolph Matas, ao realizar a primeira laqueação da aorta abdominal bem sucedida^[2]. Em 1944 Alexander e Byron relataram a primeira excisão da aorta abdominal com sucesso, de um aneurisma aórtico com laqueação proximal e distal^[2].

Em 1924, Hernâni Monteiro dedicou-se ao estudo dos linfáticos e em 1931 conseguiu imagens perfeitas de linfáticos por injeção ganglionar, utilizando o método do indigocarmim. Provou assim, a possibilidade do estudo anatómico de um sistema até então de acesso remoto^[1].

Em 1927, Egas Moniz descobriu a arteriografia cerebral nas oclusões das carótidas, empregando primeiro o iodeto de sódio a 25% e depois o torotraste no decurso dos seus trabalhos, que decorreram no Hospital de Santa Marta em Lisboa e possibilitaram o estudo da circulação cerebral “in vivo”^[1]. Reynaldo dos Santos nos finais de 1928, demonstrou a possibilidade da aortografia percutânea, com um meio de contraste opaco aos raios x^[1].

Durante 20 anos conduziu a investigação arteriográfica e com ela deu origem àquilo que é conhecido com o nome de Escola Portuguesa de Angiografia.

João Cid dos Santos foi uma figura incontornável da história da medicina do século XX pela projecção que tiveram as suas duas grandes descobertas: a flebografia e a endarteriectomia ^[1,2]. Em 1946, fez a primeira endarteriectomia das artérias femoral superficial e ilíaca. No ano seguinte, descobriu a flebografia ascendente. Este cirurgião modificou a técnica de simpaticectomia lombar de Leriche, tornando-a mais fácil e menos traumática para o doente ^[1,2].

René Leriche, em 1940, concebe o síndrome, que tem o seu nome, por oclusão da bifurcação da aorta, embora já tivesse descrito em 1923 ^[1].

Foi efectivamente em 1916, então ainda estudante em Hopkins, que Mac Lean descobriu a heparina, mas só 20 anos mais tarde o seu uso foi levado à prática, no princípio associada a outra droga, a papaverina, melhorando os resultados da prática clínica ^[1]. É em 1936 que são introduzidas pela primeira vez na prática clínica, as drogas anticoagulantes.

De muitos outros factos e personagens históricas do mundo da cirurgia vascular se poderia falar, sob pena de nunca encontrarmos o fim.

A ACV é, portanto, uma área em franca expansão, quer pelas novas abordagens na área da radiologia de intervenção, quer pela cada vez mais ampla área de utilização das técnicas endovasculares, em que se torna importante definir concretamente qual a aplicação destas técnicas na claudicação por doença arterial da artéria femoral superficial, na estenose carotídea, na dissecação da aorta, na doença arterial renal e nas varizes ^[7]. É necessário o desenvolvimento de material protésico vascular de menores diâmetros e melhorado do ponto de vista funcional quer para aplicação em bypass, quer na construção de fístulas arterio-venosas. A cirurgia vascular do futuro deverá solucionar as isquemias crónicas sem possibilidade de revascularização, em que se prevê a criação de enxertos vasculares que podem ser usados para revascularização arterial ou para a construção de acessos A-V. Actualmente, centros de investigação estão a desenvolver esses enxertos vasculares, fazendo-os crescer na cavidade peritoneal dentro de “silastic tubes”, sendo grande a expectativa criada em torno da possibilidade de melhoria nas taxas de tempo livre de amputação ^[7]. No âmbito da ACV torna-se também importante definir o papel dos testes de screening, terapêuticas

genéticas e das intervenções médicas especialmente na doença da aorta e na DAOP. Considera-se que é necessário o melhor conhecimento dos mecanismos envolvidos na isquemia mesentérica bem como melhores abordagens diagnósticas e terapêuticas com vista a se obterem melhores resultados nesta área.

3. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular

O SACV do HSJ é um serviço de referência no norte do país no diagnóstico e tratamento de toda a patologia do foro vascular. Além da sua função assistencial, tem uma importante componente de formação e ensino aos níveis académico, internato médico e pós-graduado.

O SACV está afecto à designada UAG de Cirurgia, recentemente criada, dirigida pelo Professor Doutor Pedro Bastos, que engloba todos os serviços cirúrgicos do HSJ, à excepção de Cirurgia Pediátrica e Ginecologia/Obstetrícia.

3.1. História do SACV do HSJ

O SACV, inicialmente integrado no Serviço de Clínica Cirúrgica sob orientação do Professor Álvaro Rodrigues, foi constituído como unidade independente a 13 de Dezembro de 1977. Nesta altura, o serviço era composto pelo Professor Doutor António Braga, director do serviço, Dra. Fernanda Viana, Dr. António Tenreiro, Dr. Carlos Barradas do Amaral, Dr. Fernando Andrade e Dr. Roberto Roncon de Albuquerque. Em Junho de 2001, o Professor Dr. António Braga jubilou-se, tendo-lhe sucedido o cargo da direcção a Dra. Fernanda Viana, que, em 23 de Maio de 2003 se reformou. O Professor Doutor Roberto Roncon de Albuquerque assumiu o cargo de director do serviço, desde aquela data, paralelamente ao cargo de regência da disciplina de Angiologia e Cirurgia Vascular (ACV) que já exercia, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Desde 1977 até aos dias de hoje, o SACV tornou-se num Serviço moderno e diferenciado, com melhoria das instalações, bem como, assistência médica qualificada dos doentes.

3.2 Espaço físico e equipamento

O Serviço está situado na ala poente do quinto piso do HSJ. É constituído pelos seguintes espaços, organizados como mostra a figura 1:

- Seis enfermarias, com capacidade total de trinta camas (uma de oito camas, duas de seis camas, duas de quatro camas e uma de duas camas) e um quarto individual, reservado para situações especiais de isolamento.

- Biblioteca, adaptada às reuniões de serviço, com sistema de projecção de vídeo, slides ou angiografias, bem como livros e revistas científicas para consulta.
- Copa, refeitório, sala de convívio, vestiários e quartos de banho.
- Gabinete administrativo, gabinete de secretariado, gabinete de chefia de enfermagem e gabinete do Director de Serviço.
- Uma sala de cuidados de pensos, onde são realizados os actos de enfermagem e de pequena cirurgia.
- Uma sala de enfermagem, equipada com dois computadores e uma impressora a laser.
- Uma sala de trabalho de enfermagem.
- Um gabinete de informática, com quatro computadores e uma impressora a laser.
- Uma sala para a realização dos Ecodoppler, com equipamento GE Logic 5 expert.
- Um laboratório de hemodinâmica, com aparelhos para a realização de fluxometria doppler, pletismografia, fotopletismografia e ecografia bidireccional.

O SACV tem ainda ao seu dispor, camas monitorizadas nos Cuidados Intermédios Gerais e nos Cuidados Intensivos, diariamente, quando necessário.

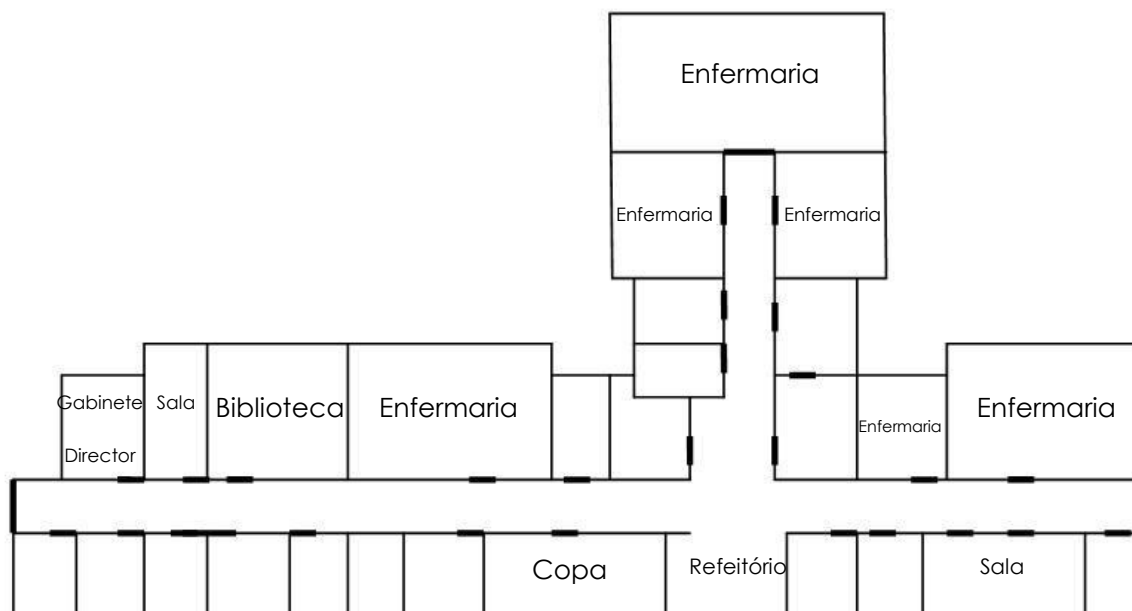


Figura 1 – Planta do SACV.



Figura 2 - Entrada do SACV



Figura 3 - Corredor principal do SACV



Figura 4 - Refeitório do SACV

3.2 Corpo clínico

O Corpo Clínico do SACV é composto por 18 elementos, organizados por equipas constituídas por um Especialista e por um Interno, muitas vezes acrescido de um Interno de outra especialidade cirúrgica em estágio no SACV. Cada equipa é responsável pelo acompanhamento, avaliação diagnóstica, proposta terapêutica, cirurgia e acompanhamento pós-operatório dos doentes a ela distribuídos. Actualmente, o SACV é composto pelos seguintes nomes: Director de Serviço e Chefe de Serviço, Prof. Dr. Roberto Roncon de Albuquerque; Chefe de Serviço, Dr. José Fernando Teixeira; Assistente Hospitalar Graduado Dr. Emílio Silva; Assistentes Hospitalares, Dr. Rocha e Silva, Prof. Dr. Armando Mansilha, Prof. Dr. Sérgio Sampaio, Dr. Jorge Costa Lima, Dr. Fernando Dourado Ramos, Dr. Alfredo Cerqueira, Dr. Pedro Guilherme Paz Dias, Dr. Eurico Norton e Dra Isabel Vilaça; Internos Complementares, Dr. Paulo Dias, Dra. Joana Carvalho, Dr. Pedro Almeida e Dr. José Lopes, Dra. Dalila Marques, Dra. Ana Sofia e Dr. Mário Vieira.

3.3 Indicadores Estatísticos do Serviço

Os Indicadores mensais acumulados de Outubro de 2009 mostravam que nesse mês, a taxa de ocupação das 30 camas dos SACV foi de 96,5%, com um tempo de internamento médio de 6.9 dias^[4]. Esta optimização da taxa de ocupação de SACV que tem vindo a ocorrer nos últimos anos deve-se:

- a uma diminuição da taxa de demora média dos doentes internados, através de uma preparação pré-operatória mais rigorosa do doente na CE, sem prejuízo da evolução clínica da doença e programando a angiografia e a marcação prévia da cirurgia a efectuar^[3];
- estabelecimento de prioridades de acordo com o estágio da doença^[3]

No mês de Outubro de 2009 foram efectuadas 3123 primeiras consultas, de um total de 8485, correspondendo a um acréscimo de 7% relativamente ao mês de Outubro de 2008^[4]. Este aumento de consultas deve-se à maior disponibilização do horário de trabalho da equipa médica e o estabelecimento de protocolos com os Centros de Saúde^[3].

No que refere aos meios auxiliares de diagnóstico, foram realizados 4722 exames, correspondendo a um acréscimo de 30% relativamente ao igual período de tempo do ano

2008. Este aumento deve-se a um maior número de consultas internas e a um maior número de internamentos relativamente ao ano anterior ^[4].

O número de cirurgias vasculares diminuiu 14 % relativamente ao ano 2008, tendo o serviço efectuado um total de 2242 cirurgias, onde se inclui cirurgias convencionais, adicionais, urgentes e em ambulatório. O número de doentes intervencionados em 2009 foi de 1574, o que corresponde a uma diminuição de 7% relativamente ao ano anterior ^[4].

4. Actividade Assistencial

A actividade assistencial do SACV ocorre em diferentes áreas, nomeadamente SU, Unidade de Angiografia Digital, Laboratório de Hemodinâmica, Bloco Operatório, CE e Internamento. Durante as duas semanas de estágio no serviço, participou nas diferentes actividades, como ilustra o apêndice I.

4.1 Internamento

O internamento tem a capacidade para 31 doentes divididos por seis enfermarias e um quarto individual. A distribuição por sexos é efectuada em função das necessidades momentâneas de internamento. Os doentes internados no SACV têm proveniência do SU, da CE ou transferidos de outros serviços do HSJ.

A actividade clínica inicia-se, diariamente, às 8:30, com uma visita a todos os doentes internados, pelo Professor Doutor Roncon de Albuquerque ou outros elementos do serviço e uma enfermeira. Nesta visita é realizado a observação dos doentes, discussão da evolução clínica, dos exames necessários para o acompanhamento ou diagnóstico precoce de complicações e das eventuais alterações terapêuticas. Quando não se justifica mais a permanência no internamento do SACV, os doentes ou têm alta hospitalar encaminhados para a CE ou são transferidos para unidades hospitalares na sua área de residência caso se justifique. Os doentes levam consigo uma nota de alta onde estão descritas todas as informações relativas ao doente, tratamentos efectuados e intercorrências no decorrer do internamento.

O contacto com os doentes do internamento foi estabelecido durante as visitas diárias, colheita de uma história clínica completa (apêndice II) e durante a visita semanal geral do internamento, permitindo aprendizagem clínica no âmbito da patologia vascular.

A doença arterial periférica (DAP) é a patologia mais observada no internamento, principalmente de etiologia aterosclerótica. É uma doença que afecta sobretudo idosos. Esta patologia foi alvo de uma revisão científica pelo Professor Doutor Roncon de Albuquerque (anexo II).

Os gráficos referentes à amostra de 40 doentes observados no internamento, durante o período de estágio, são apresentados seguidamente.

O gráfico 1 refere-se à distribuição dos doentes internados de acordo com o sexo.

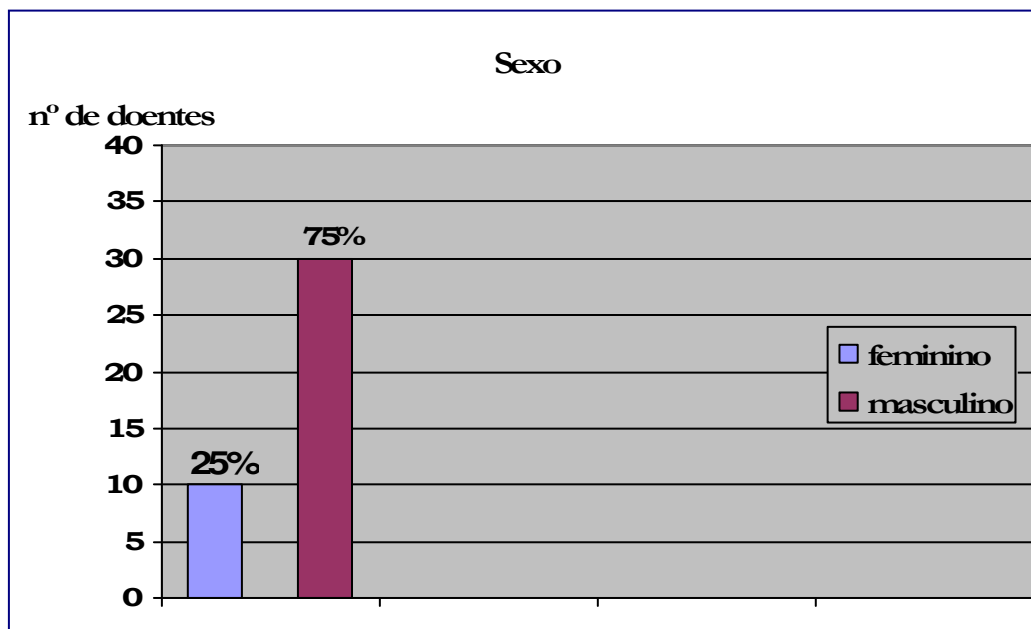


Gráfico 1 – Distribuição dos doentes internados de acordo com o sexo.

O gráfico 2 representa a distribuição dos doentes de acordo com a faixa etária.

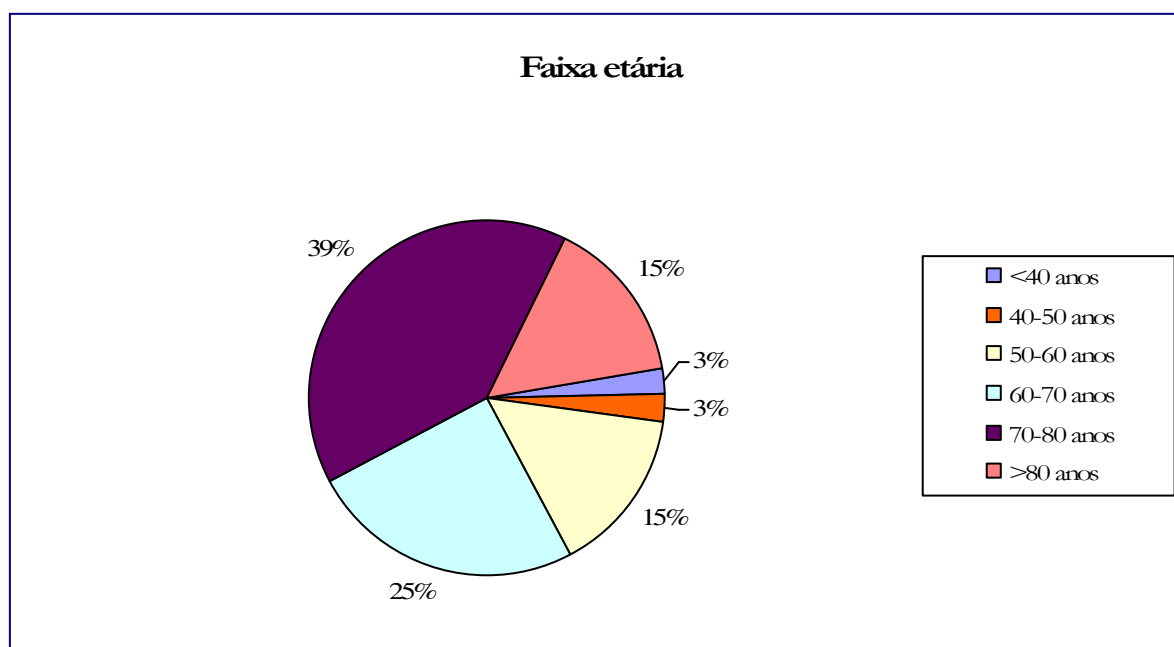


Gráfico 2- Distribuição dos doentes internados de acordo com a faixa etária.

O gráfico 3 mostra a frequência absoluta e relativa do motivo de internamento dos doentes durante o período de estágio.

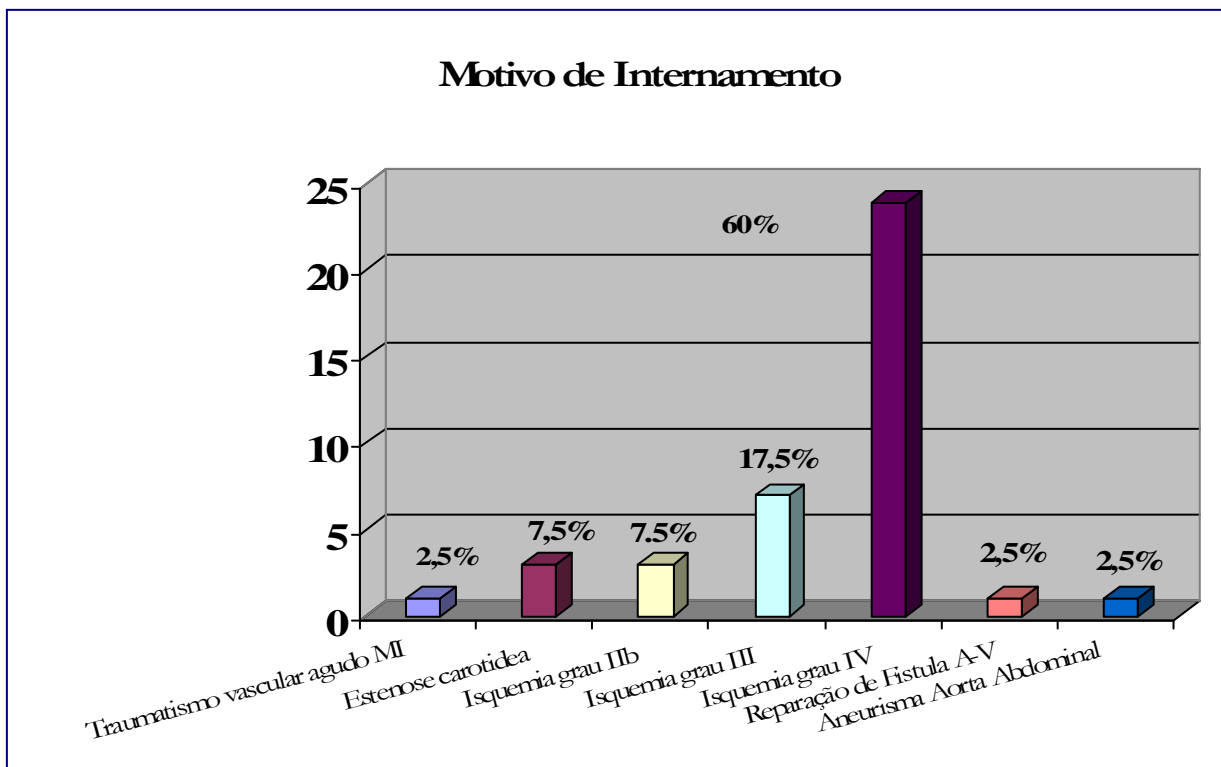


Gráfico 3- Motivo de internamento dos doentes observados durante o período de estágio [Nota: MI- Membro Inferior; A-V- Arterio-Venoso]

O gráfico 4 refere-se aos tratamentos instituídos aos doentes internados, durante o período observado.

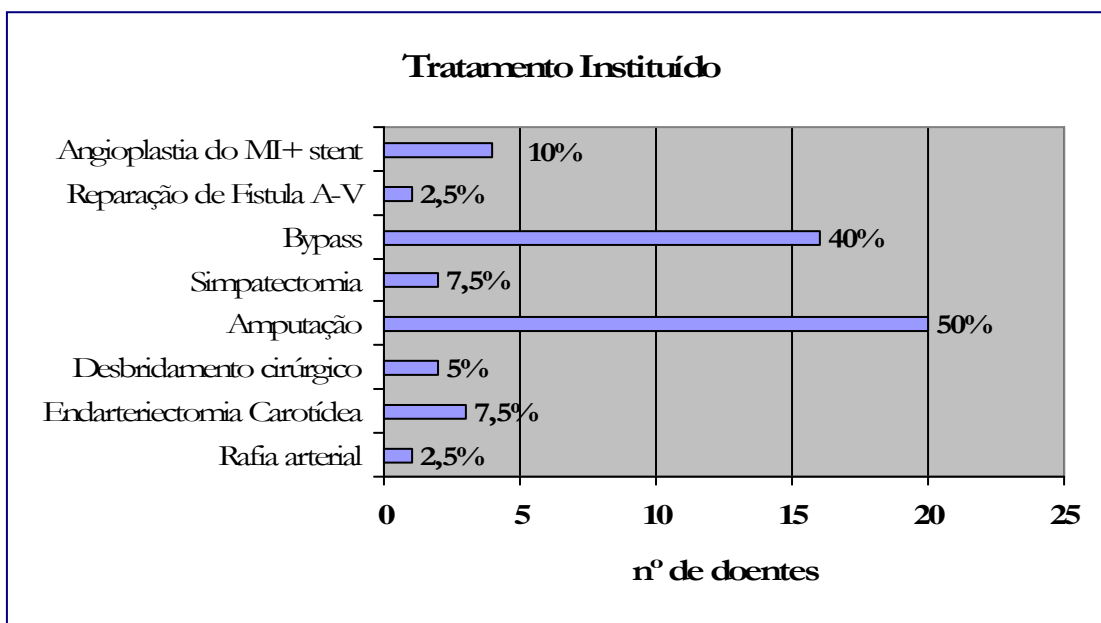


Gráfico 4- Tratamento instituído aos doentes internados durante o período observado [Nota: MI- Membro Inferior; A-V- Arterio-Venoso]

Os factores de risco como o tabagismo, a HTA, a dislipidemia e a DM estavam presentes em todos os doentes, em diferentes combinações, sendo estes, os factores de risco major para a Aterosclerose.

4.2 Meios Auxiliares de Diagnóstico

4.2.1 Laboratório Vascular

Este sector de actividade tornou-se um meio de diagnóstico não invasivo crucial para a Cirurgia Vascular, sendo actualmente uma importante ferramenta de trabalho.

O SACV tem à sua disposição um Laboratório vascular para a avaliação hemodinâmica dos doentes de diferentes proveniências, como internamento, CE, SU, Bloco Operatório e Consulta Interna. Este é constituído por duas salas, sendo uma destinada a estudos hemodinâmicos e outra sala para realização de ultrassonografia vascular. Os exames realizados nestas salas são a 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 e Ecodoppler arterial dos membros inferiores.

A sala de estudos hemodinâmicos possui:

- a unidade de ultrassonografia bidireccional *Nicolet- Vasoguard*, equipado com duas sondas doppler, de quatro e oito MHZ e quatro sondas de fotopletismografia, que permite a realização simultânea de fluxometria doppler segmentar dos membros, fotopletismografia e pletismografia de ar. Permite a aferição automática de índices tornozelo-braço (ITB).

- ultrassonografia doppler bidireccional *Sonicaid Vasoflow 4*, com três sondas doppler de um vírgula quatro a oito MHZ e uma sonda para pletismografia digital.~

- dois aparelhos doppler portáteis de emissão continua unidireccional, com sondas de oito MHZ.

A sala para realização de ultrassonografia vascular dispõe de um aparelho de ecografia *GE logic 5 expert*, de duas sondas lineares de frequência variável (dez a sete MHZ e sete a cinco MHZ) e uma sonda curvilínea de frequência variável (dois vírgula cinco a três MHZ).

Para além dos aparelhos referidos anteriormente, estão ainda disponíveis no Bloco Operatório Central e outro no SACV, dois ecodoppler *GE LogicBook XP*, para avaliação pré

operatória imediata de doentes submetidos a cirurgia de varizes, marcação de VGS para conduto em cirurgia de revascularização e avaliação intraoperatória de procedimentos arteriais.



Figura 5- Unidade de ultrassonografia bidirecional *Nicolet- Vasoguard*

No decorrer do estágio, assistiu à realização de vários exames complementares de diagnóstico neste sector, com o acompanhamento do Técnico Albano Rodrigues. Foi possível a aprendizagem dos princípios de realização de cada exame, indicação de realização e a sua interpretação. Observou-se a auscultação doppler dos vários eixos vasculares arteriais e venosos.

4.2.2 Unidade de Angiorradiologia

A Unidade de Angiorradiologia localiza-se no piso 1 do HSJ e pertence à Unidade Autónoma de Imagem. O SACV utiliza esta unidade dois dias por semana, efectuando cerca de dez a doze angiografias por semana a doentes internados no SACV e a doentes que aguardam cirurgia arterial directa de outros hospitais da Região Norte. Habitualmente, os doentes são internados para angiografia, permanecendo no hospital 24 horas.

A unidade de angiografia digital está equipada por um sistema de Angiografia Digital monopiano Philips Integris 3000 com mesa móvel programável e arco em C, que possibilitam movimentos de translação e rotação. Este sistema de angiografia está acoplado a um ejector de pressão e uma central de tratamento de imagens. A sala dispõe de equipamento para

ventilação mecânica, possibilitando a realização de angiografias sobre anestesia geral, se necessário.

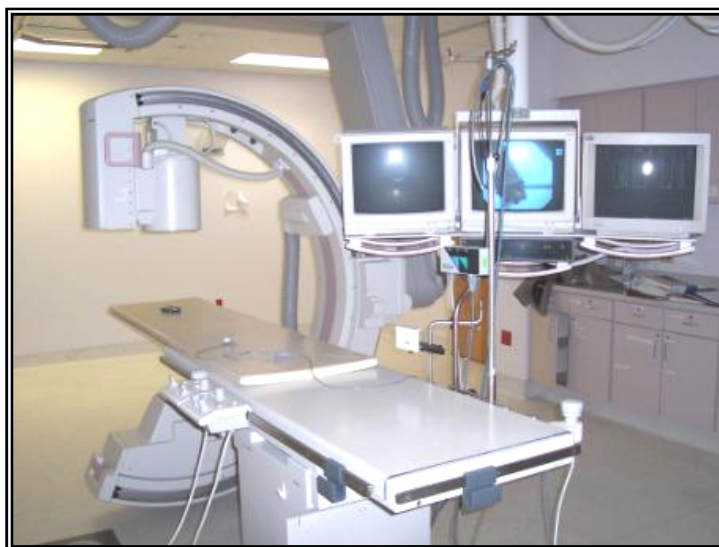


Figura 6- Sistema de Angiografia Digital monopiano *Philips Integris 3000*

Nesta unidade observou a realização de:

- aorto-arteriografia dos membros inferiores, por punção femoral retrógrada, em doente do sexo masculino, de 38 anos de idade, que sofreu fratura exposta do membro MI direito;
- angioplastia da subclávia esquerda, a um doente do sexo masculino, de 60 anos de idade, com estenose da artéria subclávia esquerda.

4.3 Consulta Externa

A CE do SACV funciona no pavilhão C das consultas externas do HSJ. Dispõe de três gabinetes para consulta (um deles é equipado com equipamento para a realização de estudos hemodinâmicos e angiografias), balcão administrativo com duas administrativas e apoio de duas salas de pensos, partilhada pelo Serviço de Cirurgia Geral.

Os doentes observados na CE têm diversas proveniências: a) enviados do SU com patologia vascular não urgente; b) referenciados pelo médico assistente ou outros Hospitais da Região Norte; c) acompanhamento pós-operatório após o internamento no SACV e d) referenciados por outras especialidades intra-hospitalar para pedido de colaboração.

A admissão dos doentes na consulta de SACV é rigorosa, obedecendo a critérios objectivos de prioridade, desde 1991, para diminuir as listas de espera e possibilitar uma melhor qualidade no atendimento e diminuir o tempo de internamento. Para além disso, foram criados protocolos com os Centros de Saúde para melhor seguimento dos doentes e assim diminuir a procura de cuidados da especialidade. No dia 04/06/04 iniciou-se consultas por vídeo-conferência, a partir da qual há discussão acerca do melhor tratamento do doente, diminuindo desta forma, o tempo de espera para o doente ser observado por um Especialista.

No decorrer do estágio, assistiu às consultas com o Professor Doutor Sérgio Sampaio, onde foi possível constatar os principais motivos de consulta e factores de risco associados à patologia vascular. Foi também possível colaborar na abordagem semiológica e exame físico dos doentes, bem como a observação e orientação de cuidados de penso realizados.

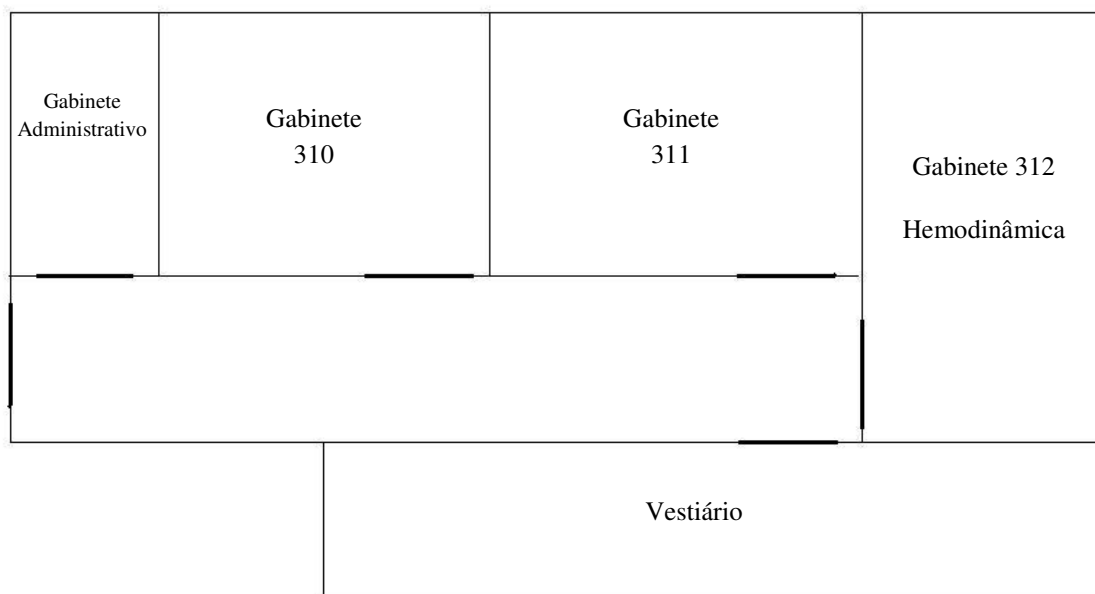


Figura 7 – Planta das consultas externas

A patologia venosa é uma patologia relativamente frequente na CE, estando presente em 43% dos casos observados. Os restantes casos correspondiam a follow-up e despiste de DAP.

Seguidamente apresenta-se os gráficos correspondentes à amostra dos doentes vistos na CE. O gráfico 5 contém a distribuição dos doentes na CE de acordo com o sexo.

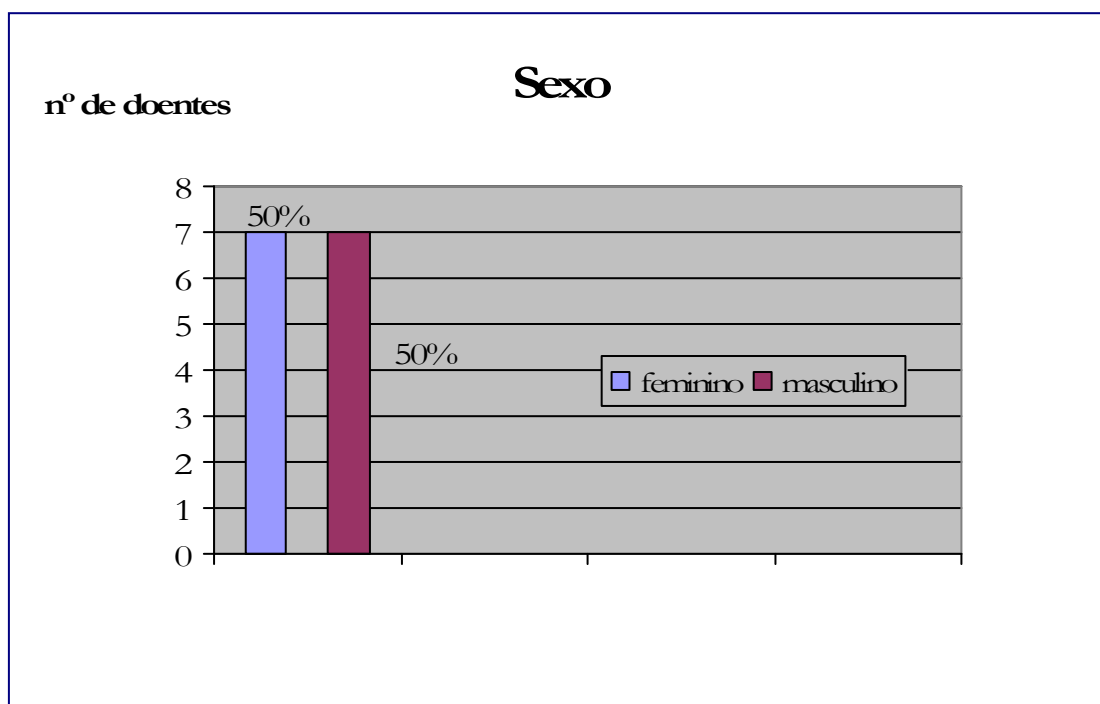


Gráfico 5- Distribuição dos doentes da CE de acordo com o sexo

O gráfico 6 refere-se à distribuição dos doentes da CE de acordo com a faixa etária.

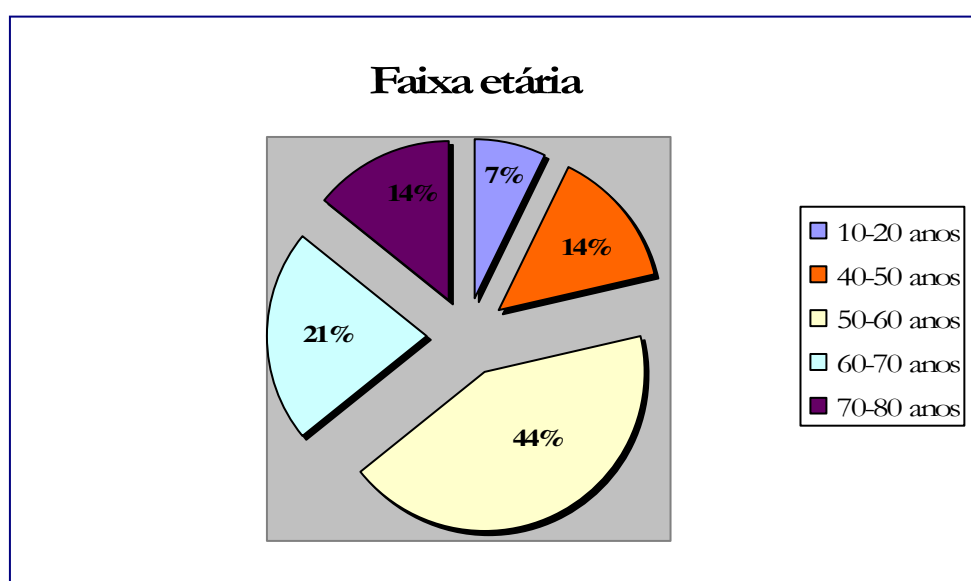


Gráfico 6- Distribuição dos doentes da CE de acordo com a faixa etária

O gráfico 7 refere-se às percentagens dos FRCV da amostra de doentes da consulta.

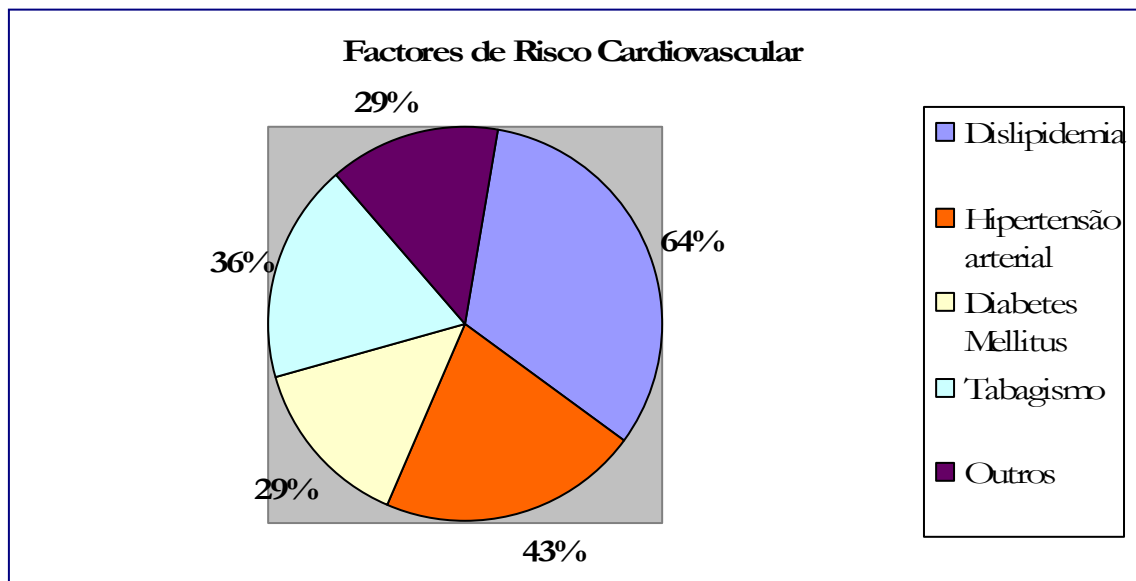


Gráfico 7- Percentagens de FRCV da amostra de doentes da CE.

O gráfico 8 refere-se ao tratamento proposto aos doentes que recorreram à CE durante o período de estágio.

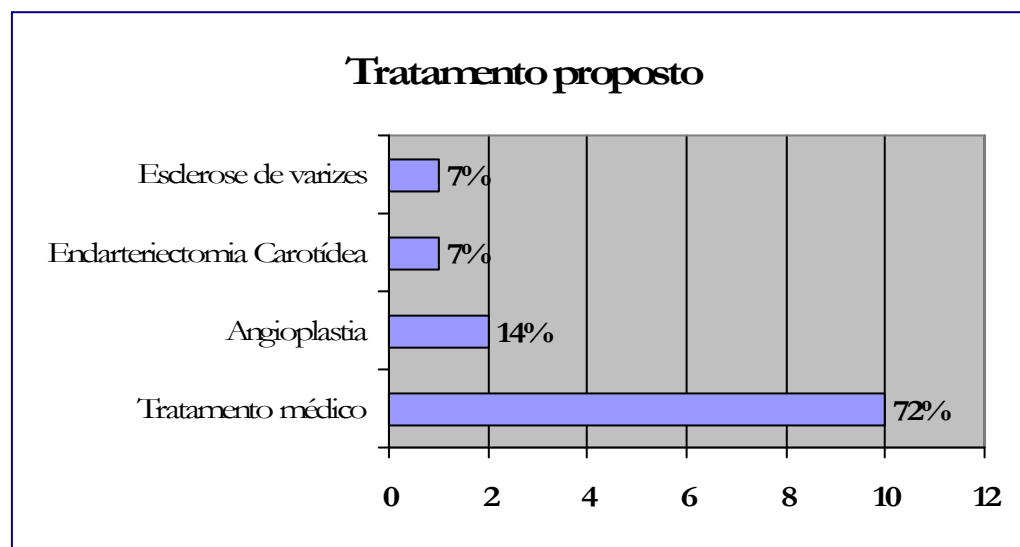


Gráfico 8- Tratamento proposto aos doentes da CE

4.4 Bloco Operatório

O SACV dispõe semanalmente de diversos períodos para o desenvolvimento da actividade cirúrgica, fundamentalmente em três locais, Bloco Central, Bloco do Serviço de Urgência e Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

As principais cirurgias realizadas são as intervenções associadas ao tratamento da doença arterial oclusiva e trombo-embólica dos membros (trombo-emblectomia, bypass aorto-iliaco e aorto-bifemoral, revascularização com endoprótese), intervenções associadas à doença cerebrovascular extra-craniana (endarteriectomia e cirurgia endovascular), a reparação de aneurismas arteriais com ou sem ruptura, a simpaticectomia, a construção de acessos arterio-venosos para hemodiálise e ainda a realização de amputações.

O SACV tem publicado vários artigos referentes a sua experiência cirúrgica, em revistas da especialidade, como os apresentados em anexo II.

No Bloco Operatório assistiu a 8 cirurgias, que se encontram representadas no esquema 1. Para cada intervenção é indicada a idade e sexo do doente, o diagnóstico que motivou a intervenção e quais os factores de risco cardiovascular (FRCV) que os doentes apresentavam.

Tabela 1- Cirurgias observadas no período de estágio [Nota: DM- Diabetes Mellitus; HTA- Hipertensão arterial; MI- Membro Inferior]

Data da intervenção	Equipa	Idade e sexo do doente	FRCV	Diagnóstico	Cirurgia
14/09/09	Cirurgião principal: Eurico Norton Cirurgião: Alfredo Cerqueira Pedro Almeida	Sexo feminino, 76 anos	DM Dislipidemia HTA	Isquemia crónica do MI direito	Simpatiectomia lombar direita
15/09/09	Cirurgião principal: José Teixeira Cirurgião: Isabel Vilaça Pedro Almeida	Sexo masculino, 78 anos	DM Dislipidemia HTA Tabagismo	Estenose carotídea direita	Enderteriectomia carotídea direita
15/09/09	Cirurgião principal: José Teixeira Cirurgião: Isabel Vilaça Pedro Almeida	Sexo masculino, 70 anos	DM Dislipidemia HTA	Isquemia crónica do MI esquerdo	Bypass femoro poplíteo esquerdo
15/09/09	Cirurgião principal: Isabel Vilaça Cirurgião: José Teixeira Pedro Almeida	Sexo masculino, 68 anos	DM Tabagismo	Coto de amputação com infecção	Desbridamento cirúrgico
21/09/09	Cirurgião principal: Eurico Norton Cirurgião: Alfredo Cerqueira Pedro Almeida	Sexo masculino, 63 anos	DM Dislipidemia HTA	Isquemia crónica do MI esquerdo	Stent ilíaco + bypass femoropoplíteo
21/09/09	Cirurgião principal: Eurico Norton Cirurgião: Alfredo Cerqueira Pedro Almeida	Sexo masculino, 56 anos	DM Dislipidemia Tabagismo	Isquemia crónica do MI esquerdo	Bypass aorto-iliaco-femoral esquerdo
23/09/09	Cirurgião principal: Jorge Lima Cirurgião: Pedro Almeida	Sexo masculino, 64 anos	Dislipidemia HTA	Isquemia crónica do MI direito	Amputação do MI direito pelo pé
25/09/09	Cirurgião principal: Sérgio Sampaio	Sexo feminino, 59 anos	Dislipidemia HTA	Insuficiência venosa periférica	Laqueação e Stripping de veias varicosas do MI

A técnica cirúrgica vista durante o período de estágio foi a revascularização por bypass. No entanto, a endarteriectomia carotídea é uma das mais valias cirúrgicas no SACV, efectuada desde longa data, com bons resultados em termos de morbi-mortalidade (anexo II).

4.4 Serviço de Urgência

A urgência de cirurgia vascular é assegurada por um Especialista coadjuvado com um Interno, que dão resposta com máxima prontidão a qualquer chamada. Eles estão presentes fisicamente durante as 12 horas diurnas e em regime de chamada nas 12 horas nocturnas.

Neste sector de serviço surgem patologias de carácter urgente e mesmo emergente, que carecem de cirurgias laboriosas, como a reparação de uma lesão vascular secundária a traumatismos ou rotura de aneurisma da aorta abdominal.

As patologias mais observadas no SU são trombose venosa profunda e superficial do membro inferior, isquemia aguda dos membros (traumática, embólica ou trombótica), doença isquémica crónica dos membros inferiores, doença aneurismática arterial, complicações de pé diabético e úlceras crónicas venosas e arteriais.

Durante o estágio, acompanhou o Dr. Paz Dias e o Dr. Emílio Silva no SU. No SU assistiu a uma cirurgia urgente de reparação de um aneurisma da aorta abdominal, assistiu à realização de ecodoppler dos membros inferiores na suspeita de trombose venosa profunda e acompanhou um pedido de colaboração na orientação diagnóstica e terapêutica de um caso de pé diabético.

4.5 Reunião de Serviço

A reunião de serviço realiza-se na Biblioteca do SACV, todas as sextas feiras, presidida pelo Professor Doutor Roncon de Albuquerque. Na reunião são apresentados os casos clínicos dos doentes internados e discutidas as possíveis hipóteses de diagnóstico, bem como as orientações terapêuticas. São também apresentados temas de interesse para a formação dos médicos presentes, no âmbito da especialidade, por diferentes elementos do Serviço ou outros profissionais convidados.

Durante o estágio, presenciou duas reuniões de Serviço, onde foram abordados os seguintes temas:

- Reunião de Serviço no dia 18/09/09 foram apresentados os temas “*Amputação do membro inferior*” pelo Doutor Pedro Almeida e “*Planeamento de altas: Rede de Cuidados Continuados Integrados*” pela Enfermeira Laura Vieira. Nesta reunião também foi feita uma apresentação de uma Empresa Farmacêutica, de um novo medicamento (Tracleer®- inibidor dos receptores da endotelina), usado no tratamento das úlceras digitais em doentes com Esclerodermia .

- Reunião de Serviço no dia 25/09/09 foi apresentada pelo Doutor José Lopes, um artigo acerca de como proceder perante a ruptura de aneurisma da aorta abdominal. Foi também apresentado por uma Empresa farmacêutica, uma cola (BioGlue® - adesivo cirúrgico).

5. Conclusões

A ACV é uma especialidade fundamental na formação médica, uma vez que as doenças vasculares são a causa mais comum de morbi-mortalidade em Portugal. Este facto deve-se à elevada prevalência de FRCV, como DM, HTA, dislipidemia e hábitos tabágicos, bem como o aumento da esperança média de vida, em virtude dos avanços da medicina. A ACV sofreu grandes transformações nos últimos anos passando por uma expressiva mudança tecnológica. Surgiram novas actividades, procedimentos, tratamentos e aparelhos modernos que tornam o especialista nesta área, quando habilitado e bem actualizado, um profissional completo, capaz de tratar o paciente como um todo, desde o diagnóstico especializado, passando pelo tratamento clínico e, quando necessário, o tratamento cirúrgico convencional ou endovascular. Pode-se dizer que, a ACV continuará a sua caminhada e rápida evolução. Progresso que será tanto maior e mais rápido, quanto maior e mais veloz for o crescimento técnico-científico da Humanidade.

O SACV do HSJ é um serviço moderno, humanizado, que presta uma assistência qualificada aos seus doentes e com uma performance técnica marcada pela excelência. Este facto constitui para o HSJ uma referência e uma procura cada vez maior. A melhoria do espaço físico do serviço ao longo dos anos, garante um espaço acolhedor para os seus doentes, que tem muitas vezes, internamentos prolongados. A ACV trata, frequentemente, doenças crónicas, doentes idosos, com diversas co-morbilidades, com maiores riscos cirúrgicos, cirurgias mais laboriosas, contribuindo para internamentos mais prolongados.

O estágio no SACV permitiu a aquisição de conhecimentos acerca da patologia vascular, quanto à sua abordagem semiológica, diagnóstica e terapêutica, que serão certamente, muito úteis na prática clínica futura. Foi possível ter a percepção do funcionamento e dinâmica de um serviço hospitalar, desde a área de gestão até à prestação de cuidados de saúde.

Nas diferentes actividades assistenciais, os doentes em causa, tinham factores de risco cardiovasculares maiores, como DM, dislipidemia, tabagismo e HTA, o que nos leva a reflectir acerca da importância de uma abordagem agressiva aos factores de risco do doente de

forma a minorar a progressão da doença aterosclerótica e sua morbi-mortalidade a nível periférico, coronário e cérebro-vascular.

Nas consultas externas, verificou-se que a faixa etária mais prevalente foi a dos 50-60 anos. O principal motivo da consulta foi o despiste ou o seguimento da DAP, seguida pela recidiva de varizes.

No internamento, constatou-se que a maioria dos doentes se encontrava na faixa etária dos 70-80 anos. O motivo de internamento mais frequente era a isquemia grau IV dos membros inferiores. O tratamento mais frequentemente realizado foi a amputação, seguindo-se a revascularização por bypass. Estes dados revelam que elevado número de doentes estão em estadios avançados da sua patologia vascular, limitando as capacidades de revascularização dos membros.

Apesar da amputação e revascularização por bypass ser as técnicas cirúrgicas mais frequentemente realizadas no serviço, é importante referir que a endarteriectomia carotídea é uma das mais valias cirúrgicas do SACV, efectuada quase diariamente, com bons resultados em termos de morbi-mortalidade.

A Angiografia é uma técnica radiológica invasiva importante para diagnóstico e muitas vezes útil para tratamento endovascular, como foi possível verificar ao longo do estágio realizado. Os estudos hemodinâmicos são técnicas usadas para diagnóstico e orientação terapêutica, com elevada sensibilidade, muito utilizado na prática clínica diária da cirurgia vascular.

No SU surgem patologias que carecem de cirurgias laboriosas e de difícil execução, como por exemplo, rotura de aneurismas da aorta e isquemias pós-traumáticas. Assim, a execução desta actividade é efectuada pelos elementos mais diferenciados do SACV.

A patologia venosa é habitualmente tratada em ambulatório, no entanto, as listas de espera de consulta externa são ainda grandes.

Os grupos de alunos da opcional e cirurgia são grandes, o que limitou as actividades que cada um podia assistir e aprofundar mais o conhecimento na área vascular. Assim,

acredita-se que a redução do número de alunos a realizar cada período de estágio, seria mais proveitoso.

O estágio no SACV foi de encontro aos objectivos estabelecidos previamente. Permitiu o desenvolvimento do instinto e sensibilidade para a patologia vascular, para que este tipo de patologia esteja sempre presente no pensamento clínico e esquemas de diagnóstico de um futuro médico.

6. Bibliografia

1. Caeiro B. Nas Rotas do Sangue- História da Angiologia e Cirurgia Vascular. 1ª edição. Editora J.R.S Lda; 1994
2. Friedman S. História da Cirurgia vascular. 2ªedição. Revinter; 2006
3. Roncon de Albuquerque R. Curriculum vitae, 2009
4. Indicadores Mensais Acumulados, Cirurgia Vascular, Outubro 2009
5. Hallett J, Brewster D, Rasmussen T. Handbook of Patient Care in Vascular Diseases, 4th edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2001. p.101-202
6. Townsend C, Beauchamp R, Evers B, Mattox K. Sabiston Textbook of Surgery- The biological basis of modern surgical practice, 17th edition, Elsevier Saunders, 2004. p.1943-2094
7. Walker P. The Future of Vascular Surgery: an australasian perspective, Journal of Vascular Surgery 2008 Dez; 48(6):46-52

Apêndice I

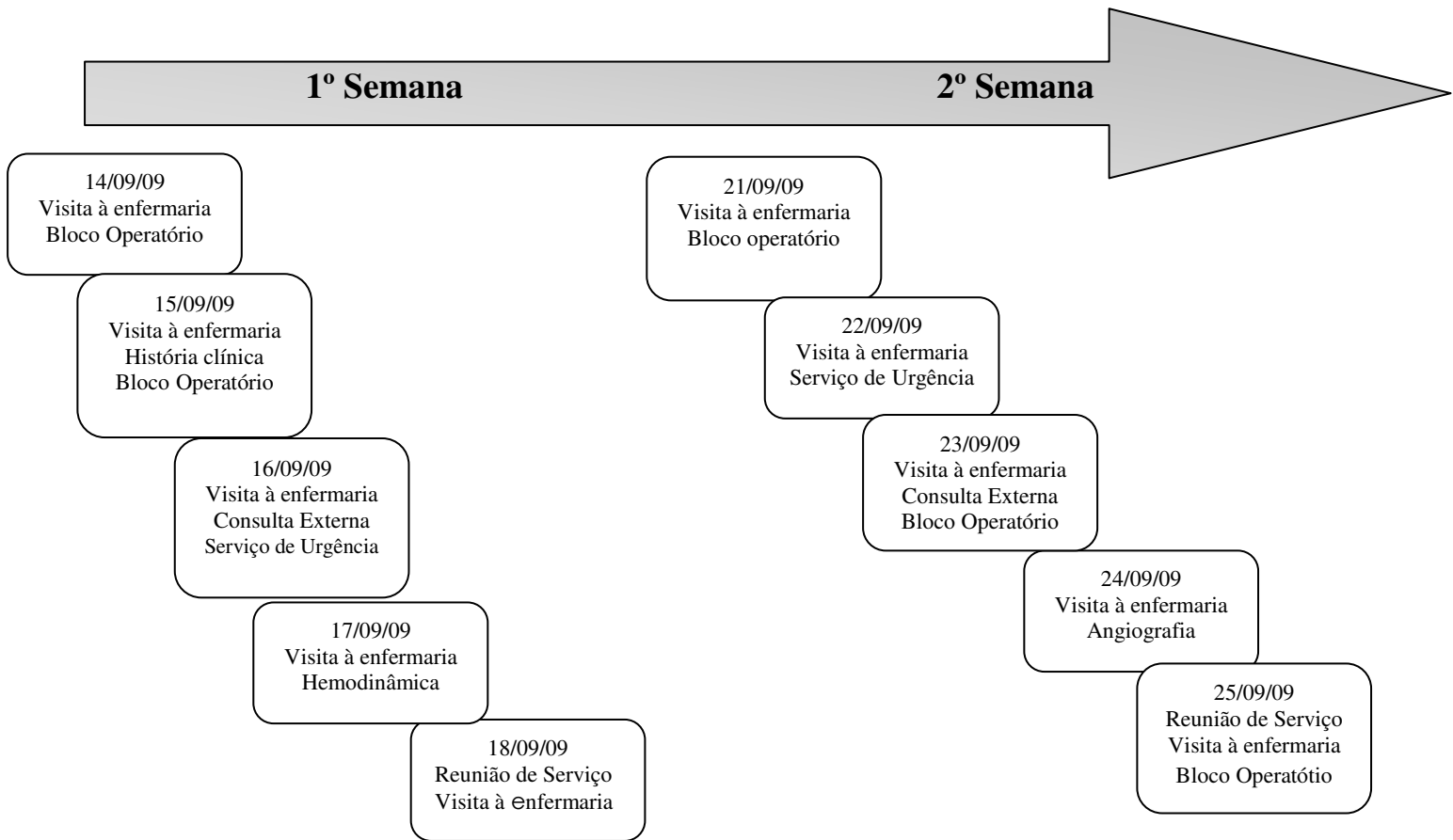


Ilustração I- Cronograma

Apêndice II

HISTÓRIA CLÍNICA

– ANAMNESE –

IDENTIFICAÇÃO

Nome: M.A.R.S

Idade (data de nascimento): 76 anos (19/11/1932)

Sexo: feminino

Raça: caucasiana

Estado civil: divorciada

Naturalidade: Castelo de Paiva

Residência: Valongo

Profissão: reformada desde os 65 anos (trabalhou em depósito de pão)

RECOLHA DA INFORMAÇÃO

Data: 14 de Setembro de 2009

Local: Hospital de São João, Porto; Enfermaria do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, cama 10.

Fonte e fiabilidade da informação: Informação baseada nos dados fornecidos pelo próprio doente, consciente, colaborante e orientada no espaço e no tempo, e no processo clínico.

QUEIXA PRINCIPAL

Dor em repouso no membro inferior direito, não aliviada com a colocação do pé pendente, com lesões tróficas e ulceradas na parte lateral pé direito, abrangendo o calcâneo e o 5ºdedo.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Doente de 76 anos, sexo feminino, diabética tipo 2 com 15 anos de evolução, hipertensa e com dislipidemia, apresenta antecedentes de cardiopatia isquémica e arteriopatia periférica.

Há cerca de 4 anos iniciou um quadro de claudicação intermitente localizada na região gemelar bilateralmente, desencadeada com o esforço (marcha de 500 metros) que aliviava com cerca de 5 minutos de repouso. Desde então constatou um agravamento progressivo, suportando distâncias cada vez mais curtas, associado a pés frequentemente frios e pálidos. Em 2005 e 2007 foi submetida a bypass femoro-popliteo no membro inferior esquerdo e membro inferior direito, respectivamente, apresentando melhoria da sintomatologia.

Há cerca de 1 mês, a doente verificou a ocorrência de dor em repouso no membro inferior direito, principalmente parte anterior do pé direito, distalmente aos metatarsos, agravada com temperatura quente e em repouso no leito, que a obrigava a acordar durante o sono, e aliviava com a colocação do pé pendente. Esta dor em repouso era aliada a arrefecimento, palidez e parestesias intermitentes da perna e pé direitos. Contudo, a dor em repouso no membro inferior direito começou a ser persistente, não havendo posição antálgica, e associada à presença de lesões tróficas e ulceradas, não purulenta, sem áreas de necrose ou cheiro fétido, na região lateral do pé direito, com atingimento do calcâneo e 5º dedo. Nega dor pré cordial, síncope, dispneia de esforço ou palpitações.

Pela presença do quadro referido, dirigiu-se à Urgência do Hospital de S.João, a 26 de Agosto de 2009, tendo ficado internada no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, para avaliação clínica.

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Diabetes *mellitus* tipo 2 diagnosticada há 15 anos, medicada com antidiabéticos orais-Glucobay100® (1+1+1) e Avandamet® (1+0+1); refere mau controlo glicémico e desconhece complicações microvasculares (retinopatia ou nefropatia).
- Dislipidemia.
- Hipertensão arterial há vários anos, medicada actualmente com lisinopril; refere mau controlo tensional.

- Antecedentes de dois Enfartes agudos do miocárdio prévios, com necessidade de posterior revascularização miocárdica (triplo bypass coronário) em 2004.
- Endarterectomia carotídea direita em 2004.
- Revascularização do membro inferior esquerdo em 2005 (colocação de bypass femoro-poplíteo).
- Revascularização do membro inferior direito em 2007 (colocação de bypass femoro-poplíteo).
- História de Hipertireoidismo aos 24 anos, tendo sido medicada com fármaco que não sabe especificar; desde os 50 anos não apresenta sintomatologia, com normalização dos valores hormonais, pelo que foi suspensa a terapêutica.

Terapêutica medicamentosa habitual

Pantoprazole 40 mg em jejum

Lisinopril 20 mg 1+0+0

Glucobay® 100 mg em jejum+0+1+1

Trental® 400mg 1+1+1

Plavix® 75 mg 0+1+0

Aspirina 100 mg em jejum

Amlodipina 10 mg 0+1+0

Fenofibrato 267 mg 0+0+1

Lexotan® 1,5 mg em SOS ao deitar

Varfine® 5 mg

Doenças da infância:

Não se recorda das doenças ocorridas na infância, nomeadamente exantemáticas, amigdalites de repetição, parotidite, poliomielite, tosse convulsa, tuberculose, infecções urinárias, febres inexplicadas e atrasos de crescimento.

Alergias:

Alergia ao Concor® e Tramal®; sem história de outras alergias medicamentosas ou alimentares, a produtos de desinfecção, pensos ou outras substâncias.

Transfusões:

Fez 2 transfusões sanguíneas durante o internamento para normalização dos valores de hemoglobina.

Plano de vacinação:

Actualizado, com realização anualmente da vacina da gripe sazonal.

CUIDADOS DE SAÚDE HABITUAIS

Alimentação variada, com restrição de sal.

Nega hábitos tabágicos, consumo de drogas de abuso e café.

Refere consumo de 1/2 copo de vinho maduro tinto às refeições.

Nega prática de exercício físico devido à sintomatologia dos membros inferiores que apresenta.

Nega contactos sexuais de risco.

HISTÓRIA PROFISSIONAL

Apresenta 4º classe do ensino básico.

Começou a trabalhar aos 16 anos a fazer cartuchos de papel (sic), pelo que o último emprego foi num depósito de pão reformado-se aos 65 anos.

Vive com a filha mais velha em Valongo, numa moradia, com boas condições higieno-sanitárias. Não possui qualquer animal de estimação.

HISTÓRIA FAMILIAR

Pai: falecido com 84 anos, de causa que desconhece.

Mãe: falecida aos 64 anos, de causa que desconhece.

Irmãos: 8 irmãos, sendo 2 do sexo feminino; actualmente só tem 3 irmãos vivos, com idades compreendidas entre os 76 e 87 anos.

Filhos: 2 filhas com 50 e 54 anos, que desconhece patologias.

Desconhece história familiar de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, doenças pulmonares, renais, nervosas, dermatológicas ou neoplásicas.

REVISÃO POR SISTEMAS

1. Geral

Estado geral de saúde afectado pela limitação decorrente da patologia actual.

Nega astenia, anorexia, arrepios, mal estar, sudorese, suores nocturnos ou modificações de peso.

2. Pele e faneras

Nega eritema, erupções, prurido, história de eczema, sudorese excessiva ou alterações do cabelo; alterações tróficas e ulceradas no pé direito na parte lateral, atingindo o calcâneo e o 5º dedo. Unhas e leitos ungueais espessados dos membros inferiores.

Ausência de sinais de insuficiência venosa periférica

3. Olhos

Refere uso de óculos devido a diminuição da acuidade visual.

Nega diplopia, fotofobia, lacrimejo excessivo, dor ocular, olho vermelho, história de infecções, glaucoma ou traumatismo ocular, e qualquer sensação invulgar.

4. Ouvidos

Nega hipoacúsia, vertigens, otalgia, infecções, zumbidos ou otorreia.

5. Nariz

Nega obstrução nasal, rinorreia, epistáxis fácil, alterações do olfacto e história de sinusites.

6. Boca e Garganta

Nega rouquidão, alterações das gengivas, odontalgia, abscessos, xerostomia, sialorreia, gengivorragia, faringites e alterações do paladar.

7. Endócrino

Apresenta diabetes mellitus tipo II, controlada com antidiabéticos orais.

Nega qualquer alteração indicativa de patologia tireoideia, intolerância ao calor ou frio, modificações de peso inexplicáveis, polidipsia, poliúria ou polifagia.

8. Respiratório

Nega presença de dor pleurítica, toracalgia, expectoração, cianose, pieira, hemoptise e qualquer história de tuberculose, asma, pleurisia ou bronquite.

9. Cardiovascular

Hipertensão arterial.

Claudicação intermitente desde há 4 anos, com agravamento progressivo, acompanhada de membros inferiores frios, pálidos e parestesias intermitentes.

Presença de dor em repouso no membro inferior direito, não aliviada com a colocação do pé pendente.

Não sabe referir com precisão a data do último ECG e outros testes da função cardiovascular que tenha efectuado.

Nega presença de palpitações, ortopneia, dispneia paroxística nocturna, tromboflebite ou história de febre reumática.

10. Hematológico

Nega a presença fácil de sangramento ou hematomas. Apresenta história de anemia recorrente, com a necessidade de transfusões sanguíneas.

11. Gastrointestinal

Nega obstipação ou diarreia assim como qualquer outra alteração dos hábitos intestinais.

Nega presença de vômitos frequentes. Nega ainda intolerância alimentar, enfartamento, pirose, náusea, dor abdominal, modificações das fezes, hematemeses, melenas, rectorragias, hematoquezias, modificações do volume abdominal, hemorróides, dor rectal, tenesmo, assim como qualquer história de patologia hepato-biliar.

12. Genitourinário

Nega hematúria, disúria, dor no flanco, dor supra-púbica, urgência, polaquiuria, incontinência, história de litíase ou retenção urinária, alterações da urina, lesões genitais, exsudados, e de qualquer doença venérea.

13. Mama

Nega tumefacções, galactorreia, dor ou hipersensibilidade.

14. Musculo-esquelético

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

15. Neurológico

Nega alterações da linguagem, quedas, vertigens, tremor, paralisias, alterações da memória, alucinações, desorientação, convulsões, cefaleias, síncope, anomalias sensitivas ou de coordenação.

16. Psiquiátrico

Nega dificuldade em concentrar-se, nervosismo, irritabilidade, modificações de humor, distúrbios do sono, tensão anormal ou pensamentos suicidas.

– EXAME FÍSICO –**1. Estado Geral**

Doente consciente, comunicativa e colaborante, orientado no tempo e espaço.

Idade aparente aproximada à idade real.

Aspecto geral razoável.

Sem qualquer posição preferencial no leito.

Biótipo normal, com bom estado de alimentação.

Pele e mucosas coradas e hidratadas, anictéricas. Sem cianose, nem Síndrome de dificuldade respiratória.

Rarefação pilosa dos membros inferiores. Sem edemas periféricos.

2. Sinais Vitais

Apirética.

Pulso arterial radial: 64 pulsações por minuto; rítmico e amplo.

Frequência respiratória: 20 ciclos por minuto

Pressão arterial (decúbito) – método auscultatório:

Membro superior direito – 190/64 mm Hg

3. Parâmetros antropométricos

A altura é de 1,50 m e o peso de 54 kg; índice de massa corporal de 24 kg/m².

Perímetro abdominal não determinado.

4. Pele e faneras

Pele pálida, com alterações cutâneas tróficas e rarefacção pilosa nos membros inferiores.

Lesões ulceradas dolorosas, não purulentas, sem áreas de necrose ou cheiro fétido, na parte lateral do pé direito, abrangendo o calcâneo e o 5º dedo.

Onicomicose difusa nos pés.

Sem outras alterações da integridade e textura; ausência de edema, hipersudorese ou odor característico. Sem sinais de desidratação.

Ausência de lesões cutâneas/vasculares actualmente, além das já descritas (úlceras, fissuras, escoriações, máculas, pápulas, nódulos, tumores, vesicular, bolhas ou pústulas).

5. Cabeça

Crânio e face

Inspecção

Configuração normal, simétrica e sem deformidades.

Cabelo grisalho com coloração artificial, curto, de textura normal, com linha de implantação normal.

Configuração da face e da mímica facial sem alterações. Músculos da mastigação normais. Motricidade normal e simétrica.

Sem telangiectasias.

Sem alterações da mobilidade activa e passiva.

Palpação

Sem adenomegalias (áreas occipital, pré-auricular e submandibular) ou tumefacção parotídea. Ângulo mandibular palpável.

Artérias temporais indolores com pulsos simétricos.

Sem dor à percussão dos seios perinasais.

Olhos: Pálpebras móveis, sem ptose, edema, sinais inflamatórios ou massas. Pestanas com implantação normal e simétricas. Escleróticas anictéricas. Conjuntivas coradas e

hidratadas, sem sinais inflamatórios. Córnea de aspecto normal, sem inflamação ou opacidade. Íris de coloração acastanhada. Pupilas negras, redondas, simétricas e isocóricas. Sem enoftalmia, exoftalmia, nistagmo. Sem estrabismo. Reflexos pupilares à luz e convergência preservado. Sem alterações aparentes do aparelho lacrimal.

Fundoscopia não realizada.

Nariz e Fossas Nasais: Pirâmide nasal de implantação normal, simétrica, eixo sem desvio, sem escorrências, epistáxis, rinorreia ou massas. Septo sem desvio.

Ouvidos: Pavilhões auriculares de implantação normal, simétricos. Ausência de nódulos ou massas palpáveis. Sem dor à palpação da região mastoidea. Não foi efectuado exame otoscópico.

Boca e Orofaringe: Mucosa labial e gengivas com cor rosada, hidratadas. Lábios com coloração normal, sem lesões. Orofaringe hidratada, sem ulcerações ou escorrências. Úvula centrada e com arcos normais. Sem halitose ou rouquidão.

6. Pescoço

Inspecção

Configuração e mobilidade activa e passiva normais. Traqueia móvel com a deglutição. Pulsatibilidade carotídea não visível. Ausência de tiragem supraclavicular ou supraesternal. Ausência de turgescência venosa jugular a 45°.

Palpação

Tiróide não palpável. Glândulas salivares de dimensões e consistência normais e indolores à palpação. Traqueia com posição mediana, mobilidade lateral e com a deglutição. Sem adenopatias submentonianas, submandibulares, jugulo-carotídeas ou supraclaviculares palpáveis. Pulsos carotídeos simétricos e de amplitude normal. Ausência de frémitos.

Auscultação

Ausência de sopros carotídeos.

7. Tórax

Inspecção

Simétrico, de configuração normal, sem deformações ou tumefacções. Sem alterações cutâneas, circulação colateral ou tumefacções visíveis.

Respiratório: Respiração tipo abdominal com uma relação entre expiração e inspiração normal. Movimentos respiratórios com amplitude normal, rítmicos e regulares. Não se verifica a utilização dos músculos acessórios da respiração. Sem tiragem supraclavicular, intercostal ou subcostal.

Cardíaco: Área de impulso máximo cardíaco não visível. Ausência de áreas de pulsatilidade acessórias.

Palpação

Ausência de tumefacções ou dor à palpação. Ausência de adenomegalias axilares.

Respiratório: Expansibilidade torácica normal e simétrica. Transmissão das vibrações vocais normal e simétrica por toda a região torácica.

Cardíaco: Choque da ponta ténue mas detectável no 5º espaço intercostal, na linha médio-clavicular. Ausência de frémitos e de lifts paraesternais.

Percussão

Sons à percussão simétricos e de intensidade e timbre pulmonar normais, em ambos os hemitórax. Macicez na área cardíaca à esquerda e na área hepática à direita (desde o 4º espaço intercostal até 1 cm abaixo da grade costal na linha médio-clavicular).

Auscultação

Respiratório: Sons respiratórios preservados bilateralmente e simétricos. Ausência de ruídos adventícios audíveis.

Cardíaco: Detecção de S1 e S2 nos 4 focos auscultatórios, rítmicos e intensidade normal. Ausência de S3, S4, sopros, cliques ou atrito pericárdico ou outros sons acessórios audíveis.

8. Abdómen

Inspecção

Mobilidade normal com os movimentos respiratórios.

Abdómen proeminente, globoso e simétrico. Presença de equimoses no quadrante inferior esquerdo do abdómen. Sem áreas de pulsatilidade, abaulamentos ou retracções.

Sem tumefacções ou massas visíveis, bem como circulação colateral.

Ausência de peristaltismo visível.

Umbigo com cicatrização normal, sem alterações da pele, hérnias, nódulos ou escorrências.

Não são observadas estrias nem há evidências de hérnias.

Auscultação

Ruídos intestinais presentes e de intensidade normal. Sem sopros abdominais audíveis.

Palpação

Abdómen globoso, mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Sem organomegalias ou massas palpáveis. Bordo inferior do fígado palpável 1 cm abaixo do rebordo costal, de consistência fibroelástica, não doloroso.

Baço e rins não palpáveis.

Sinal de Blumberg e de Murphy vesicular negativos. Sinal de Murphy renal direito e esquerdo negativos.

Percussão

Sem alterações, com áreas de timpanismo e maciszez perservadas. Áreas de maciszez não são móveis com a mobilização da doente.

A área hepática estende-se desde o 4º espaço intercostal direito até 1cm abaixo do rebordo costal inferior.

9. Dorso

Sem desvios da curvatura lateral; sem tumefacções, edemas, cicatrizes ou dismorfias.

Ausência de dor à palpação das estruturas vertebrais e paravertebrais, e das apófises espinhosas.

10. Aparelho Ano-Genital

Não foi efectuado exame físico a estes dois sistemas por falta de condições de privacidade.

11. Membros

Membros superiores

Inspecção

Membros superiores simétricos, de configuração normal, sem assimetrias, deformidades ou evidência de atrofia muscular. Pele de coloração normal. Distribuição pilosa normal para o sexo e idade.

Dedos de aspecto normal, sem deformidades, nem evidência de hipocratismo digital. Unhas e leito ungueal sem alterações.

Palpação

Sem alterações à palpação. Extremidades dos dedos frias. Gânglios axilares e epitrocleares não palpáveis. Pulsos braquiais, radiais e cubitais simétricos e de amplitude normal. Tonicidade muscular normal.

Mobilidade

Mobilidade passiva e activa sem limitação e indolor. Força muscular preservada em ambos os membros.

Membros inferiores

Inspecção

Membros inferiores simétricos, sem evidência de atrofia muscular. Pé direito com penso, devido a lesões ulceradas, dolorosas, não purulento, sem áreas de necrose ou cheiro fétido, no calcâneo e 5º dedo. Alterações tróficas da pele e unhas espessadas no pé direito e esquerdo. Pilosidade rarefeita nas extremidades inferiores de ambos os membros. Ausência de edemas e sinais de insuficiência venosa em ambos os membros inferiores.

Palidez espontânea ou com a elevação dos membros dos 2/3 inferiores das pernas e pés (manobra de Buerger positiva).

Palpação

Ausência de dor à palpação das articulações. Temperatura cutânea diminuída nas extremidades. Godet negativo. Gânglios inguinais não palpáveis. Pulsos femorais palpáveis

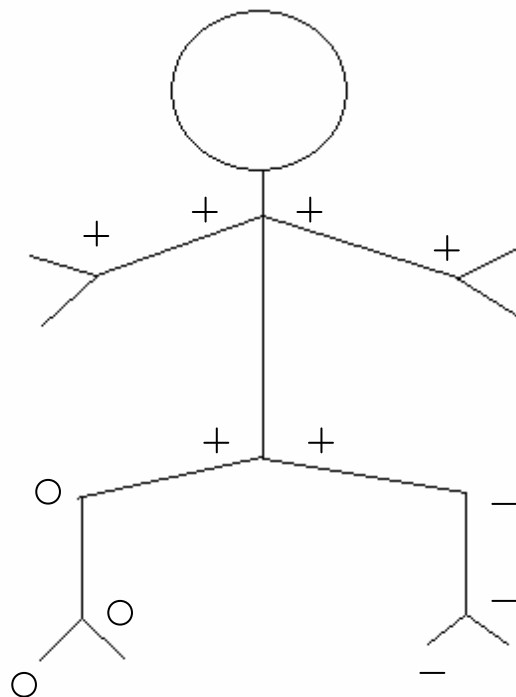
em ambos os membros. Pulso poplíteo, pulso tibial posterior e pedioso inacessível no membro inferior direito e débeis, mas palpáveis no lado esquerdo.

Mobilidade

Mobilidade passiva e activa de amplitude normal, embora limitados pela dor e cansaço do doente.

Ausência de trémulo ou movimentos involuntários em repouso e durante a mobilização activa dos membros. Força muscular preservada em ambos os membros.

Esquema dos Pulsos:



- + -> Pulso palpável
- -> Pulso palpável mas débil
- O -> Pulso inacessível

12. Exame neurológico

Doente encontrava-se consciente e com orientação espacio-temporal. Comportamento normal, sem alterações aparentes da memória imediata, recente ou remota. Discurso

fluente e coerente. Ausência de deslexia, disfasia, disartria ou afasia.. Capacidade de repetição e de nomeação conservadas. Compreensão, conhecimento geral e raciocínio preservados.

Não foi testada a marcha e a capacidade de equilíbrio.

Coordenação

Prova dedo nariz sem alterações.

Movimentos rápidos alternantes sem diadococinésia.

Sinais meníngeos

Ausência de rigidez da nuca.

Sinal de Kerning e Brudzinsky negativos.

Pares cranianos

I. Não testado.

II. Sem alteração dos campos visuais à perimetria de confrontação. Fundoscopia não realizada.

III, IV e VI. Movimentos oculares presentes e simétricos em todas as direções. Reflexo directo e consensual preservado, bilateralmente. Reflexo convergência-acomodação preservado, bilateralmente .

V. Abre a boca sem alterações (sem e contra resistência). Sem desvios da mandíbula. Tônus dos músculos da mastigação normais. Sensibilidade tátil grosseira e dolorosa na face sem alterações

VII. Sem assimetrias faciais. Movimentos faciais preservados bilateralmente. Exame ao paladar não efectuado.

VIII. Acuidade auditiva aparentemente conservada; Testes de Rinne e Weber não efectuados.

IX. e X. Sem dificuldades significativas na deglutição bem como na fonação. Úvula centrada. Sensibilidade gustativa do 1/3 posterior da língua não pesquisada.

XI. Elevação dos ombros sem e contra resistência. Rotação do pescoço simétrica e de amplitude e intensidade normal.

XII. Sem desvios da língua à protusão. Ausência de fasciculações ou atrofia linguais.

Membros

Tónus e força muscular sem alterações. Ausência de fasciculações ou movimentos anormais.

Reflexos tendinosos efectuados (bicipital, estilorrádial, braquirradial, tricipital, rotuliano e aquiliano) simétricos, bilateralmente, com área de provocação e intensidades normais.

Sinal de Babinsky (reflexo cutâneo-plantar) negativo.

Sensibilidades superficial (táctil e dolorosa) e profunda (vibratória e postural) sem alterações a registar.

Preservação da sensibilidade proprioceptiva. Sensibilidade térmica e vibratórias não pesquisadas.

– RESUMO –

Doente do sexo feminino, 76 anos de idade, apresenta antecedentes de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 com 15 anos de evolução (mal controlada), e dislipidemia. Foi alvo de cirurgias de revascularização miocárdica e dos membros inferiores, bem como de endarterectomia carotídea direita. Com sintomatologia de claudicação intermitente, de instalação há 4 anos, com agravamento progressivo, dirige-se ao Serviço de Urgência por aparecimento de dor em repouso, não aliviada com a colocação de pé pendente, no membro inferior direito. Esta dor teve início ao 1 mês, sendo acompanhada por úlcera no 5º dedo/parte lateral do pé direito e calcâneo, dolorosa, não purulenta, sem áreas de necrose ou cheiro fétido.

– LISTA DE DIAGNÓSTICOS E PROBLEMAS –

- Dor em repouso, persistente, no membro inferior direito
- Lesões ulcerosas, não purulenta, sem áreas de necrose ou cheiro fétido. no bordo lateral do pé direito, com atingimento do calcâneo e 5º dedo
- Pulsos periféricos não palpáveis no membro inferior direito e débeis no membro inferior esquerdo.
- Palidez, arrefecimento e parestesias dos 2/3 inferiores da perna e pé direito

- Pele seca e descamativa com rarefação pilosa nos membros inferiores
- Espessamento ungueal nos pés.
- Diabetes *mellitus* tipo 2
- Hipertensão arterial
- Dislipidemia

– EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO –

- ***Hemograma completo*** (26/08/09)

Anemia hipocrômica e microcítica ligeira (Hemoglobina 11,1 g/dL).

Sem outras alterações.

- ***Ionograma e estudo bioquímico*** (26/08/09)

Sem alterações relevantes.

- ***Electrocardiograma*** (26/08/09)

Ritmo sinusal; bloqueio de ramo direito, sem alterações de ST-T sugestivos de isquemia.

- ***Fluxometria doppler arterial distal dos membros inferiores*** (26/08/09)

Índice tornozelo/braço de 0,21 à direita e 0,91 à esquerda, compatível com isquemia crítica grau IV da classificação de Leriche- Foutain à direita. Em 26/02/09 apresentava índice tornozelo/braço de 0,35 à direita e 0,77 à esquerda.

- ***Angiografia*** (03/09/09)

Bypass femoro-poplíteo ocluído no membro inferior direito, sem eixos distais.

Bypass femoro-poplíteo permeável no membro inferior esquerdo, com presença de 1 eixo distal.

– DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS –

- Doença arterial periférica de causa aterosclerótica

- Estrangulamento da artéria poplítea
- Degeneração cística da artéria poplítea
- Doença de Buerger
- Coarctação da aorta

– DIAGNÓSTICO PROVÁVEL –

- Isquemia crónica do membro inferior direito de causa aterosclerótica.

– DISCUSSÃO –

A isquemia dos membros inferiores pode ser causada por várias patologias, entre os quais a doença de Buerger, Estrangulamento da artéria poplítea, Degenerescência cística da artéria poplítea e Coarctação da aorta. Contudo, a história de claudicação intermitente com 4 anos de evolução e progressão, com instalação recente de dor em repouso e lesões ulcerosas, num doente com antecedentes de cardiopatia isquémica, bem como, múltiplos factores de risco para doença aterosclerótica (idade avançada, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes *mellitus* tipo 2), associado ao exame físico no qual se verificou ausência de pulsos periféricos no membro inferior direito (poplíteos, tibiais e pediosos), apontam para um quadro de insuficiência arterial do membro inferior, de etiologia mais provável aterosclerótica.

O índice de tornozelo-braço 0,21 e 0,91, respectivamente à direita e à esquerda, evidenciam uma isquemia crítica do membro inferior direito, compatível com a sintomatologia apresentada pela doente. Tal índice, é devido à oclusão do bypass femoro-poplíteo direito (verificado na Angiografia), feito para revascularização deste membro, dificultando, portanto, um normal fluxo sanguíneo distal e condicionando uma diminuição da pressão com que o sangue atinge os tecidos periféricos dos membros inferiores. A provável causa de oclusão do bypass será por evolução do processo aterosclerótico, devido ao mau controlo dos factores de risco.

Neste caso, podemos classificar a isquemia como grau IV na classificação de Leriche-Fontaine, uma vez que assiste-se à presença de lesões ulcerosas no membro inferior direito. A

Angiografia, tal como mencionado anteriormente, confirmou a presença de lesão oclusiva femoro-poplítea direita, com ausência de eixos distais, que impossibilita a tentativa de revascularização do membro. Assim, para melhorar a perfusão do membro e diminuir a sintomatologia presente, pode-se realizar uma simpatectomia lombar direita, aliado ao controlo dos múltiplos factores de risco da doente, para atrasar a progressão da doença aterosclerótica e possível evolução para gangrena dos membros inferiores, com necessidade de amputação destes.

– DIAGNÓSTICO DEFINITIVO –

Isquemia crítica do membro inferior direito de grau IV na classificação de Leriche-Fontaine devido a insuficiência arterial crónica avançada, por lesão oclusiva do bypass femoro-poplítea de etiologia aterosclerótica.

– TRATAMENTO –

Tratamento cirúrgico:

Simpatectomia lombar direita

Esta cirurgia é realizada em casos de oclusão das grandes artérias do membro inferior, cuja revascularização do membro esteja contra-indicada devido à ausência de eixos distais (ausência de run-off do membro). A simpatectomia melhora a vascularização da pele e osso, contribuindo para a melhoria da sintomatologia clínica do doente.

Tratamento farmacológico:

Ranitidina 300 mg, via oral 1 id/21h

Lisinopril 20 mg, via oral 1 id/9h

Ácido Acetilsalicílico 100 mg, via oral 1 id/19h

Alprostadilo 0,02 mg, via intravenosa 12/12h/ 7h-9h

Enoxaparina 60 mg, via subcutânea 12/12h/ 9h- 21h

Amlodipina 10 mg, via oral 1 id/9h

Rosuvastatina 10 mg, via oral 1 id/ 9h

Bromazepan 1,5 mg, via oral 1 id/ 21h

Insulina humana 100 U.I./ml acção curta, via subcutânea, 100 U.I. antes das refeições

Insulina isofânica 100 U.I./ ml acção intermédia, via subcutânea, 14 U.I. pequeno almoço

Insulina isofânica 100 U.I./ml acção intermédia, via subcutânea, 6 U.I. jantar

Paracetamol 500 mg, via oral, SOS/ até 3 id

Petidina 50 mg/2 ml, via intramuscular, SOS/ até 3 id

Dieta personalizada para diabéticos

O combate aos factores de risco é uma atitude indispensável no tratamento da doença arterial periférica. Neste caso, a doente toma terapêutica anti-hipertensora, antiagregante plaquetária, anticoagulante, hipolipemiante e insulina para controlo dos seus factores de risco, bem como paracetamol e petidina para controlo da dor no membro inferior. O Alprostadilo é um vasodilatador periférico, que tem benefício em melhorar a perfusão tecidual, diminuindo a dor e facilitando a cicatrização das úlceras dos doentes com isquemia crítica dos membros.

– PROGNÓSTICO –

A doença aterosclerótica é uma doença degenerativa, progressiva e sistémica, condicionada por diversos factores de risco, muitos dos quais se concentram neste doente, cuja prevalência é cerca de 12 % na população geral e 20 % na população idosa. É uma doença que causa elevada morbidade e mortalidade, bem como diminuição da qualidade de vida. Nos doentes com insuficiência arterial periférica aterosclerótica, como este, a evolução é fortemente afectada pela presença de doença arterial coronária e cerebrovascular co-existente, patologia com forte prevalência neste grupo de doentes e fonte de mortalidade importante por enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Assim, é importante estudar estes territórios vasculares (eco-doppler carotídeo e vertebral e angiografia coronária) no doente, de modo a ser possível uma optimização da sobrevida.

Pelo exposto, é essencial uma abordagem agressiva aos factores de risco do doente como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* (ambos mal controlados), dislipidemia e

tabagismo, por forma a minorar a progressão da doença aterosclerótica e sua morbimortalidade a nível periférico, coronário e cérebro-vascular.

Este doente em particular apresentava uma isquemia crítica do membro inferior. Neste grupo de doentes, cerca de 25% a 30% sobrevive mas são submetidos a amputação dentro de 1 ano. Sendo a doente diabética, com múltiplas cirurgias de revascularização dos membros e do músculo cardíaco, aliado à impossibilidade actual de revascularização do membro inferior direito, por ausência de eixos distais, é indicativo da rápida evolução da aterosclerose, sendo o prognóstico reservado.

Anexo I

Protocolos da CE do SACV com Centros de Saúde

- Doença arterial periféricas com claudicação intermitente estágio IIa estabilizada (sem encurtamento da distância de marcha e sem interferência nas actividades diária).

“o Utente deverá manter o bom controlo dos factores de risco cardiovasculares (tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia) com a medicação adequada e avaliação analítica quando necessária;

- antiagregação plaquetária
- programa diário de marcha
- controlo de eventual obesidade

Se houver um encurtamento progressivo da distância de marcha, com marcada interferência na vida diária do utente, ou dores em repouso, e após exclusão de outras patologias (osteoarticular, neurológica periférica, reumatológica, etc.), deverá contactar novamente as consultas externas, para esclarecimento de qualquer dúvida e eventual remarcação urgente de nova consulta, não carecendo de P1.

Em situação de isquemia aguda, com dor intensa, arefecimento, palidez e parestesias dos pés, deverá ser encaminhado ao SU.”

- Doença venosa crónica de evolução benigna, sem indicação cirúrgica

“Face à evolução habitualmente benigna desta situação clínica, tem alta desta consulta, devendo manter cuidados habituais na prevenção/controlo desta patologia nomeadamente:

- uso de meias elásticas
- prescrição judiciosa de flebotónicos
- hidratação adequada da pele
- controlo de peso corporal

Se houver um encurtamento progressivo da distância de marcha, com marcada interferência na vida diária do utente, ou dores em repouso, e após exclusão de outras patologias

(osteointerarticular, neurológica periférica, reumatológica, etc.), deverá contactar novamente as consultas externas, para esclarecimento de qualquer dúvida e eventual remarcação urgente de nova consulta, não carecendo de P1.

Anexo II

1. Roncon-Albuquerque R. A doença arterial periférica no idoso; *Geriatrics*; 2007; Vol. 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 cérebrovascular. 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 III

1. A. Cerqueira, S. Sampaio, J. Carvalho, P. Dias, T. Toledo, I. Vilaça, J. C. Vidoedo, A. Mansilha, L. Lopes, **Roncon-Albuquerque R.** Endarteriectomia carotídea no Serviço de

Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de São João – A experiência de sete anos (1998 – 2005); Angiologia e Cirurgia Vascular.2006; 2.3: 15-18.

Resumo: A primeira descrição de uma cirurgia carotídea como profilaxia do AVC, com sucesso, surgiu em 1954. Desde então endarteriectomia carotídea tornou-se o tratamento de eleição para a correcção da estenose carotídea e prevenção do acidente vascular cerebral, mantendo-se em discussão os factores que determinam a morbimortalidade associada.

Os autores pretendem avaliar a morbilidade major (AVC, EAM e morte) e mortalidade dos doentes submetidos a endarteriectomia carotídea, efectuada entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 2005.

Foram efectuadas 258 intervenções correspondendo a 235 doentes (idade média: 67,7 anos), sendo 199 (80,9%) destes sintomas sintomáticos e 62 (24%) apresentam lesão contralateral. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral em 157 (61%) casos, loco-regional em 101 (39%).

A morbilidade major foi de 7% (18 doentes) e a morbilidade neurológica (AVC e morte de causa neurológica) de 5,4% (14 doentes). A mortalidade foi respectivamente de 4,3% (11 doentes). Nos doentes assintomáticos a morbilidade major e a mortalidade foi respectivamente de 4,3% (2 doentes) e 2,1% (1 doente).

Nesta série a morbilidade major e a mortalidade é compatível com outras séries representativas da literatura.

2. José Vidoedo, Alfredo Cerqueira, Sérgio Sampaio, Isabel Vilaça, Timmy Toledo, Paulo Gonçalves Dias, Joana de Carvalho, José Meira, **Roncon-Albuquerque R.** Endarteriectomia Carotídea por Eversão “Versus” não Eversão: Análise Retrospectiva; Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular 2006; Vol. XIII; 4:211-215

Resumo – Objectivos: Análise retrospectiva dos resultados das endarteriectomias carotídeas efectuadas no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. João, comparando 2 técnicas: eversão (EE) vs. Não eversão ou convencional (EC).

Material e métodos: Desde 1998 até Março de 2006 foram efectuadas 282 endarteriectomias carotídeas e destas, 26 (9%) pela técnica de eversão, com início em 2004. Relativamente a todos os procedimentos, os dados demográficos, os relacionados com a cirurgia e os resultados do 1º mês de pós-operatório, foram recolhidos e compilados

prospectivamente, em base de dados criada para o efeito. Foi utilizado programa informático de estatística (SPSS) para a análise descritiva e comparação entre os dois grupos.

Resultados: A idade mediana destes doentes foi de 69 [52 - 89] anos, com predominância do sexo masculino (n=119; 79,3%), apresentando antecedentes de hipertensão arterial em 126 (84%), diabetes mellitus em 40 (26,7%), dislipidémia em 105 (70%) e tabagismo em 44 (29,3%) dos casos, respectivamente. Em 100 doentes (66,7%) havia registo de eventos neurológicos isquémicos prévios. Em 97 (64,7%) dos casos foi utilizada anestesia loco-regional, sendo anestesia geral nos restantes. Em 19 doentes (12,7%), as intervenções foram efectuadas no mesmo tempo cirúrgico de cirurgia cardíaca. No grupo EE houve proporcionalmente maior número de doentes assintomáticos (p=0,05) e submetidos a cirurgia cardíaca combinada (p=0,043). Foi registada uma complicação (hematoma) com necessidade de reintervenção no grupo EE, não tendo havido registo de morbidade neurológica ou de mortalidade per-operatórias. Houve um caso de re-estenose detectado 18 meses após a intervenção, que foi tratado por via endovascular, sem intercorrências, no grupo EE. No grupo operado por técnica convencional (EC) ocorreu um caso (=8%) de óbito e três casos (2,4%) de AVC. No global, combinando os dois grupos, a morbidade neurológica por AVC foi de 2% e a mortalidade 0,7%.

Conclusão: A técnica de eversão é eficaz no tratamento da doença aterosclerótica carotídea extra-craniana, apresentando baixa taxa complicações, assumindo-se como alternativa à técnica convencional.

3. A.Cerqueira, A. Rocha e Silva, J. Teixeira, **Roncon-Albuquerque R.** Tratamento endovascular de uma fístula aortoentérica. A propósito de um caso clínico; *Angiologia e Cirurgia Vascular* 2006; 2: 31-33.

Resumo: As fístulas aortoentéricas secundárias constituem uma complicação dramática da cirurgia de reconstrução aórtica estando associada a uma alta morbidade e mortalidade. Apresenta-se um caso clínico de um doente de 70 anos, com antecedentes de bypass aorto-bifemoral por doença arterial oclusiva dos membros inferiores, insuficiência cardíaca e diabetes mellitus insulino - dependente (DMID), que é enviado ao Serviço de Urgência com uma fístula aortoentérica secundária com perdas hemáticas e repercussão hemodinâmica tratado com a colocação de uma endoprótese tubular aórtica

4. S. Sampaio, J.C.Vidoedo, A.Cerqueira, T. Toledo, I. Vilaça, P. Dias, E. Silva, **Roncon-Albuquerque R.** Previsibilidade das complicações médicas após correcção de aneurismas da aorta abdominal por cirurgia clássica; *Angiologia e Cirurgia Vascular* 2006; 2: 33-38

Resumo: Objectivo: Avaliar o desempenho dos *scores* de severidade de comorbidades actualmente recomendados na estratificação do risco de complicações médicas após correcção de aneurismas da aorta abdominal (cirurgia clássica), na nossa instituição.

Métodos: Foram incluídos 49 doentes consecutivos, com aneurismas verdadeiros da aorta abdominal, operados entre Novembro de 2000 e Novembro de 2004. Através da consulta retrospectiva dos registos clínicos, cada doente foi classificado de acordo com os *scores* de gravidade propostos por Chaikof quanto às comorbidades cardíaca, pulmonar, renal e tensional, bem como relativamente ao escalão etário. Foi também calculado o *score* combinado de comorbidades médicas. A associação de cada um destes *scores* com as complicações do respectivo foro foi testada e quantificada com os modelos de regressão logística univariada. Valores de $P < 0.005$ foram considerados significativos.

Resultados: O *score* de comorbidade pulmonar associou-se com complicações respiratórias (odds ratio – OR = 4.49 para um incremento de 1 ponto, $P=0.011$). Verificou-se uma tendência para a associação do *score* de morbilidade renal com complicações deste foro (OR=5.52 para um incremento de 1 ponto, $P=0.109$). O *score* tensional associou-se com complicações renais (OR=3.08 para um incremento de 1 ponto, $P=0.031$). O *score* combinado de comorbidades médicas associou-se com as complicações médicas em geral (OR=5.57) para um incremento de 1 ponto, $P=0.041$); verificou-se também uma tendência que associou o *score* tensional com as complicações médicas em geral (OR=1.74 para um incremento de 1 ponto, $P=0.109$). O *score* de comorbidade cardíaca não se associou com complicações do mesmo foro, e o escalão etário não exerceu nenhum impacto no risco de qualquer tipo de complicação médica.

Conclusões: Os *scores* de comorbidade pulmonar, renal, tensional e combinado parecem permitir uma eficaz estratificação dos *scores* etário e de comorbidade cardíaca não foi demonstrada com este trabalho.

5. T. Toledo, A. Mansilha, L. Lopes, P. Dias, I. Vilaça, A. Cerqueira, J.C. Vidoedo, S. Sampaio, **Roncon-Albuquerque R.** Revascularização aorto-mesentérica superior na isquemia mesentérica crónica sintomática. A propósito de um caso clínico; *Angiologia e Cirurgia Vascular* 2006; 2:41-44

Resumo: A isquemia mesentérica crónica sintomática é uma entidade rara e o seu diagnóstico é, na maioria das vezes, difícil.

Existem várias técnicas cirúrgicas descritas para o tratamento da isquemia mesentérica crónica sintomática.

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 82 anos de idade, com queixas de angina intestinal submetida a cirurgia de revascularização aorto-mesentérica superior retrógrada com enxerto protésico.

6. J.C. Vidoedo, Sérgio Sampaio, Alfredo Cerqueira, Isabel Vilaça, Timmy Toledo, José Meira, **Roncon-Albuquerque R.** Bypass Femoro-Poplíteo Supra-Genicular: Análise Retrospectiva de 5 anos; *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular* 2006; Vol. 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 Leriche-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 sobrevivência 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 efectuado 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.

7. 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; 2008; Vol. 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 a taxa de permeabilidade primária e de preservação do membro foram respectivamente de 67,1% e de 71,1%. Os doentes diabéticos apresentaram riscos 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 associaram-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 íntima (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.

