



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Telma Patrícia Queirós Santos

Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Abril, 2010

FMUP

Telma Patrícia Queirós Santos

Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Angiologia e Cirurgia Vascular

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Dr. Roberto Roncon de Albuquerque

Abril, 2010

FMUP

Nome: Telma Patrícia Queirós Santos

Endereço electrónico: telmasts@med.up.pt

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Nome completo do Orientador:

Roberto César Augusto Correa Silva Roncon de Albuquerque

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Angiologia e Cirurgia Vascular

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio (*cutar 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, 13/04/10

Assinatura: Telma Patrícia Queirós Santos

Eu, Teima Patrícia Queirós Santos, abaixo assinado, nº mecanográfico 030801133, 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, 13/04/2010

Assinatura: Teima Patrícia Queirós Santos



AGRADECIMENTOS

Os contributos de natureza diversa não podem nem devem deixar de ser realçados.

Desta forma, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao orientador do relatório e coordenador da disciplina opcional ACV, o Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque por todo o seu empenho, prontidão, dedicação e tempo dispendido na tutorização deste relatório.

A todos os médicos que contribuíram para uma integração pedagógica dos sectores assistenciais no decorrer do estágio, com especial atenção para o Dr. José Teixeira, Dr. Alfredo Cerqueira, Dr.^a Isabel Vilaça e Dr.^a Dalila Marques.

A todos os profissionais do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) do Hospital de São João (HSJ) que me auxiliaram durante o estágio, com especial atenção para as Secretárias Ana Oliveira e Margarida Fernandes pela sua prontidão no esclarecimento de qualquer dúvida ou questão e simpatia.

Por último à minha colega Joana Pinheiro por me terem acompanhado neste estágio sempre com grande espírito de inter-ajuda e pelo auxílio prestado na recolha de informação fundamental para a elaboração deste relatório



RESUMO

TÍTULO: Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

O relatório reporta para o estágio de 15 dias decorrido no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, no âmbito da disciplina opcional do 6º ano - Angiologia e Cirurgia Vascular.

Tem como objectivos a descrição pormenorizada das actividades, a sua análise estatística e a avaliação do conhecimento dos doentes internados relativo à doença arterial periférica.

Notificou-se que a cirurgia endovascular revela-se uma técnica cirúrgica promissora assim como os meios auxiliares de diagnósticos em 3D. Salientou-se a importância da contribuição portuguesa para os avanços nesta área.

Num regime tutorizado foi possível vivenciar a realidade de vários sectores de actividades nomeadamente a Consulta Externa, o Internamento, o Bloco Operatório, o Laboratório Vascular, as Reuniões de Serviço e o Serviço de Urgência. Todas as actividades, recursos físicos e humanos foram pormenorizadamente descritos. Foi realizada recolha de dados e análise estatística dos mesmos.

Conclui-se, entre outros, que os diagnósticos mais frequentes da consulta externa são a doença arterial obstrutiva periférica e varizes do membro inferior. No internamento, os doentes com mais de um internamento, tiveram menos intercorrências (possível associação inconclusiva). Os doentes inquiridos demonstraram uma lacuna de informação relativa à doença arterial. O grau de urgência da triagem de Manchester nem sempre parece corresponder à gravidade da patologia. O exame mais requerido foi o EcoDoppler venoso do membro inferior e a cirurgia mais realizada foi a laqueação e stripping de varizes dos membros inferiores.

O estágio no SACV superou as expectativas, nomeadamente pela integração de todos os recursos de saúde.



Índice

Lista de Abreviaturas e Siglas	2
Índice de Figuras, Tabelas e Gráficos	3
Introdução.....	4
ACV - A um passo do futuro.....	5
ACV e contribuição portuguesa.....	5
1 - SACV	5
1.1 Espaço Físico e Equipamento	6
1.2 Recursos Humanos	7
2- Actividade Assistencial	8
2.1 Consulta Externa	8
2.2 Consulta Interna	10
2.3 Internamento	11
2.3.1 Questionário	13
2.3.2 Reunião de Serviço	14
2.4 Laboratório Vascular	15
2.5 Serviço de Urgência	17
2.6 Bloco Operatório	18
Conclusão	19
Bibliografia.....	20
Anexos.....	21
Apêndices	40



Lista de Abreviaturas e Siglas

- AAA: Aneurisma da Aorta Abdominal
- ACV: Angiologia e Cirurgia Vascular
- BO: Bloco Operatório
- CE: Consulta Externa
- CV: Cirurgia Vascular
- DAOP: Doença Arterial Obstrutiva Periférica
- FR: Factor(es) de Risco
- HSJ: Hospital S. João
- HTA: Hipertensão Arterial
- MI: Membro(s) Inferior(es)
- MADx - Meios Auxiliares de Diagnóstico
- RS: Reuniões de Serviço
- SACV: Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular
- SU: Serviço de Urgência
- TVP: Trombose Venosa Profunda
- VMI: Varizes dos MI
- CE: Consulta Externa
- DM: Diabetes Mellitus
- ITB: Índice Tornozelo-Braço



Índice de Figuras, Tabelas e Gráficos

Fig. 1: Constituição física do SACV.....	6
Fig. 2 e 3: Entrada e refeitório do SACV.....	7
Fig. 4: Corredor do SACV	11
Tabela 1: Recursos Humanos médicos do SACV	7
Tabela 2: MADx – Equipamento e Funcionalidade	15
Gráfico 1: Diagnósticos na CE	9
Gráfico 2: Diagnósticos mais frequentes e FR avaliados	9
Gráfico 3: Tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos preconizados na CE.....	10
Gráfico 4: N° de internamentos e intercorrências respectivas.....	12
Gráfico 5: FR indicados em resposta à questão 1.....	13
Gráfico 6: Formas de prevenção indicadas em resposta à questão 2.....	13
Gráfico 7: Tipos de EcoDoppler realizados durante o estágio.....	16
Gráfico 8: Estudos Hemodinâmicos realizados durante o estágio.....	16
Gráfico 9: Triagem de Manchester e orientação médica.	17
Gráfico 10: Cirurgias realizadas durante o estágio.....	18



Introdução

No âmbito da disciplina opcional – Angiologia e Cirurgia Vascular (ACV) - do Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) foi realizado um estágio profissionalizante no SACV (SACV) do Hospital São João (HSJ), com a duração de 15 dias (23 de Novembro a 4 de Dezembro).

A disciplina opcional, ACV, visa a aquisição de competências para o desempenho de tarefas relativas à semiologia, patologia e clínica das entidades patológicas mais frequentes da especialidade.

Sob a regência do *Professor Doutor Roberto Roncon de Albuquerque*, Director do SACV e Professor Agregado da FMUP, foi possível a integração plena nas equipas assistenciais dos diferentes sectores do Serviço.

O interesse crescente pela patologia vascular (PV), o relevo que atinge nas inúmeras áreas médicas e a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esta área, foram algumas das motivações que levaram à realização de um relatório de estágio em ACV.

O objectivo primordial deste estágio visa acompanhar as actividades diárias realizadas pelo pessoal médico e técnico do serviço, passando por todos os sectores de actividades: Consulta Externa (CE), Internamento, Bloco Operatório (BO), Exames Hemodinâmicos (EH), Angiografia, Reuniões de Serviço (RS) e Serviço de Urgência (SU), num regime assistencial tutorizado pelo especialista responsável por cada actividade.

Este Relatório pretende abordar a ACV e técnicas inovadoras, referenciar a contribuição portuguesa, descrever as actividades realizadas durante o estágio, analisar estatisticamente parâmetros clínicos relevantes e avaliar o conhecimento dos doentes internados relativamente aos FR e à prevenção da doença arterial periférica.

ACV a um passo do futuro

A ACV tem acompanhado os avanços tecnológicos, permitindo usufruir de técnicas inovadoras cirúrgicas e de MADx cada vez mais adaptados às exigências da Especialidade.

O interesse científico pela cirurgia endovascular em relação à cirurgia clássica tem aumentado, com a crença que terá um papel fulcral no futuro. É uma cirurgia minimamente invasiva que consiste no tratamento de patologia vascular (PV) via vasos sanguíneos. As vantagens incidem numa pequena incisão cirúrgica e num menor tempo de intervenção, internamento e recuperação. Acrescenta-se uma nova oportunidade cirúrgica para doentes com elevada morbilidade porque os riscos e complicações são menores. Como uma área evolutiva, obriga a uma aprendizagem e actualização constante das técnicas cirúrgicas. A prática inovadora actual incide na EVAR para tratamento de AAA desenvolvido por Juan C. Parodi em 1991 ^[8].

O desenvolvimento dos MADx debruça-se na tecnologia 3D derivada de imagens 2D. A RMN, a TC e a ultrassonografia 3D são as novas apostas da ACV. Promovem intuitivamente imagens que podem ser percebidas facilmente com eficiência e com menos artefactos. Requerem menor treino na interpretação da imagem e existe maior precisão na medição das lesões consequentes da PV. A melhor resolução e acuidade de imagem, associada à computadorização interactiva desta, levará o recurso crescente a estes meios, que constituirão uma rotina clínica num futuro próximo ^[8].

ACV - Contribuição Portuguesa

A contribuição portuguesa remete para os anos 20, quando Egas Moniz desenvolveu a arteriografia da circulação cerebral, revelando-se um modo prático de avaliar a doença oclusiva da carótida ^[1,2]. Em 1946, Cid dos Santos além de realizar a primeira endarteriectomia da artéria femoral superficial, foi também pioneiro na flebografia ascendente ^[2]. Introduziu alterações na simpaticectomia lombar de Leriche, tornando-a de fácil execução e menos traumática.

1- SACV

1.1- Instalações do SACV

No 5º piso do HSJ está situado o SACV.

Inicialmente integrado com o Serviço de Cirurgia Geral, tornou-se, em 1977, uma unidade independente. Em 2003, o Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque foi nomeado para o cargo de Director do Serviço [2]. Desde então, tem-se perpetuado o trabalho contínuo de melhorar os recursos físicos, cultivando uma filosofia de bem-estar para o doente.

Consiste num corredor central com acesso aos vários espaços constituintes:

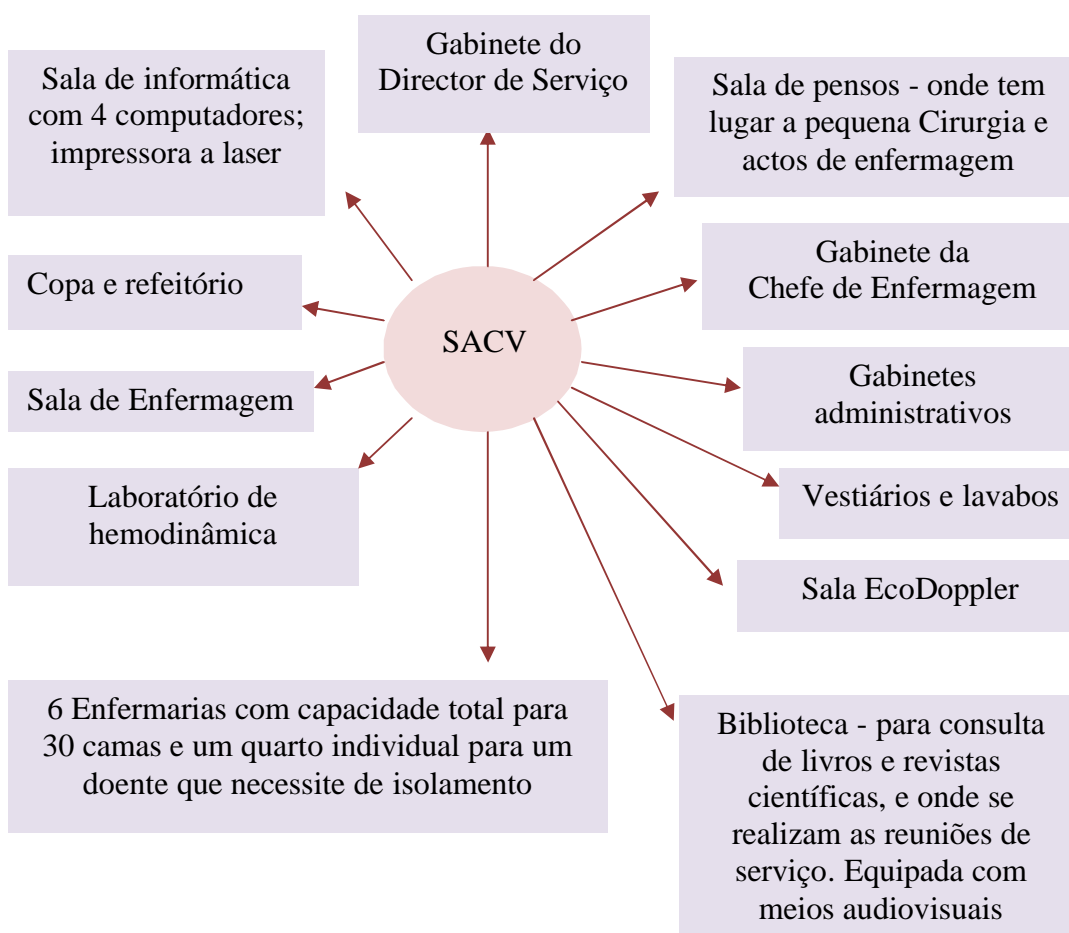


Fig 1. – Constituição física do SACV

1.2- Recursos Humanos

Director do Serviço	- Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque
Chefe de Serviço	- Dr. José Teixeira
Assistente Hospitalar Graduado	- Dr. Emilio Silva
Assistentes Hospitalares	- Dr. Rocha e Silva - Prof. Doutor Armando Mansilha
Assistente Hospitalar CIT	- Prof. Doutor Sérgio Sampaio - Dr. Costa Lima - Dr. Fernando Ramos - Dr. Alfredo Cerqueira - Dr. Paz Dias - Dr. Eurico Norton - Dr. ^a Isabel Vilaça

Tabela 1 – Recursos Humanos médicos do SACV.



Fig. 2 e 3 – Entrada e refeitório do SACV.



2 - Actividade Assistencial

Horário assistencial em Apêndice I.

2.1- Consulta Externa (CE)

A CE de ACV localiza-se no pavilhão C das CE do HSJ. Consiste num balcão administrativo e 3 salas de consulta, uma das quais possui um ecógrafo não portátil para efectuar exames hemodinâmicos e angiogramas. Os cuidados de enfermagem são realizados em 2 salas de pensos que partilham com o serviço de Cirurgia Geral.

Os doentes segundo um sistema de triagem de prioridades são provenientes de:

- SU
- Orientados por outras especialidades
- Referenciados pelo Médico Assistente
- Pós-operatório

Durante o Estágio foi possível assistir a toda actividade efectuada pelo Dr. José Teixeira e Prof. Dr. Armando Mansilha, com integração da equipa de enfermagem. É de referir a colaboração pedagógica durante as consultas.

Com base na realidade vivenciada, verificou-se que o sexo masculino era preponderante e foi possível verificar os diagnósticos mais frequentes na CE e a relação destes com os FR avaliados – Gráfico 1 e 2.

Diagnósticos da CE

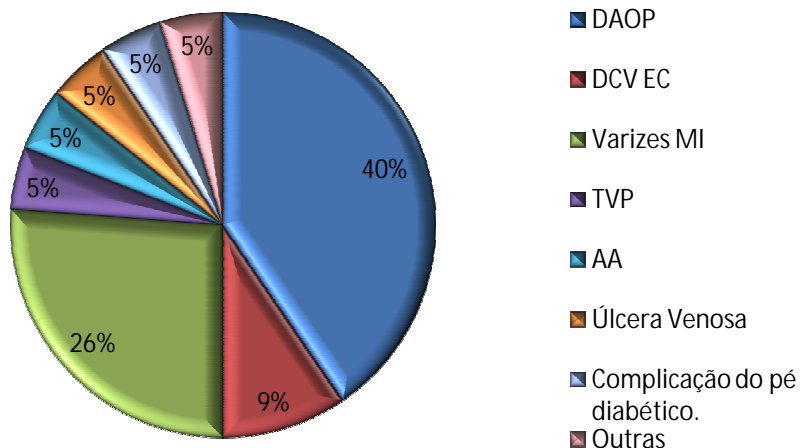


Gráfico 1: Frequência relativa dos Diagnósticos na CE.

Diagnósticos mais Frequentes e FR

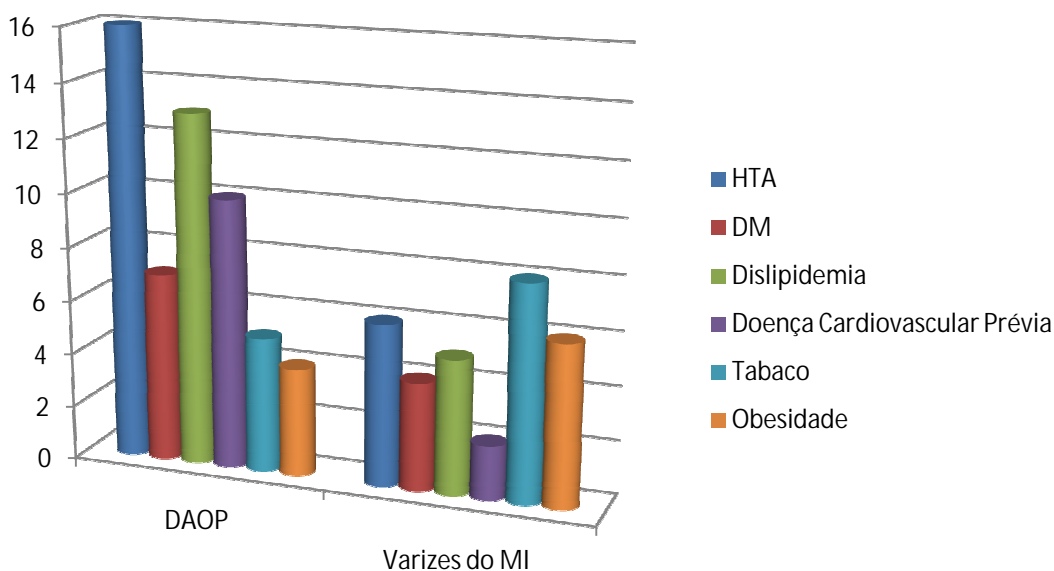


Gráfico 2: Relação dos Diagnósticos mais frequentes com os FR avaliados; DAOP- Doença Arterial Obstrutiva Periférica.

Grande parte das consultas destinava-se à avaliação pós-operatória, tendo apenas 37% dos doentes seguimento cirúrgico. O gráfico 3 ilustra esta realidade.

Plano de tratamento pós avaliação clínica

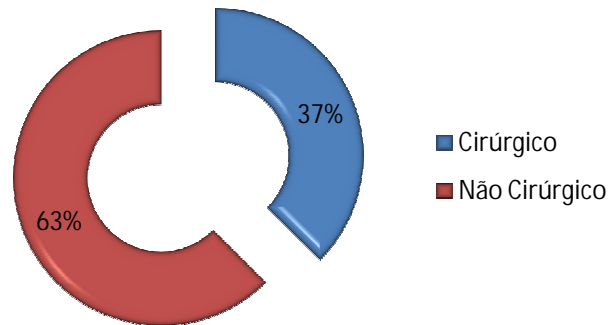


Gráfico 3: Representa a percentagem de tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos orientados na CE.

2.2- Consulta Interna

O SACV realiza consultas internas para avaliação de doentes com suspeita de PV, sendo as mais frequentes: TVP e Isquemia Crónica do MI. Posteriormente é orientado, se necessário, pelo profissional de ACV.

2.3 - Internamento

O Internamento destina-se a doentes com PV provenientes do SU, CE ou transferidos de outros serviços do hospital ou de outros hospitais.

Existe um esforço adicional de tornar o ambiente hospitalar do internamento mais familiar para os doentes. Dispõe de 6 enfermarias com cerca de 30 camas e um quarto individual para situações de isolamento.

Os médicos do serviço distribuem-se por equipas que incluem um Especialista e um ou mais Internos Complementares da Especialidade ou de Valência. Os doentes são distribuídos pelas equipas que se responsabilizam pela avaliação clínica, diagnóstico, acompanhamento e tratamento.

Pelas 8h e 30 mins, realiza-se a visita ao internamento onde são apresentados os doentes, realizado um exame físico sumário e discutidas as avaliações clínica e terapêutica. Desta visita fazem parte o pessoal médico e a enfermeira responsável.



Fig. 4 – Corredor do SACV.

O corpo clínico também acompanha os doentes na Unidade de Recobro, fora do espaço físico do SACV, para estabilização pós-cirúrgica.

Após alta médica, registada na base de dados, há o encaminhamento do doente para a CE ou a transferência para outras unidades ou hospitais da área de residência.

Durante a permanência e acompanhamento assistencial, houve a oportunidade de estabelecer um contacto diário com os doentes, aperfeiçoar a semiologia clínica da Especialidade e realizar uma história clínica (Apêndice II e III).

Recolheram-se dados com o intuito de averiguar o nº de internamentos por PV e a relação com as intercorrências durante o período de internamento, representado no Gráfico 4.

Internamentos e Intercorrências

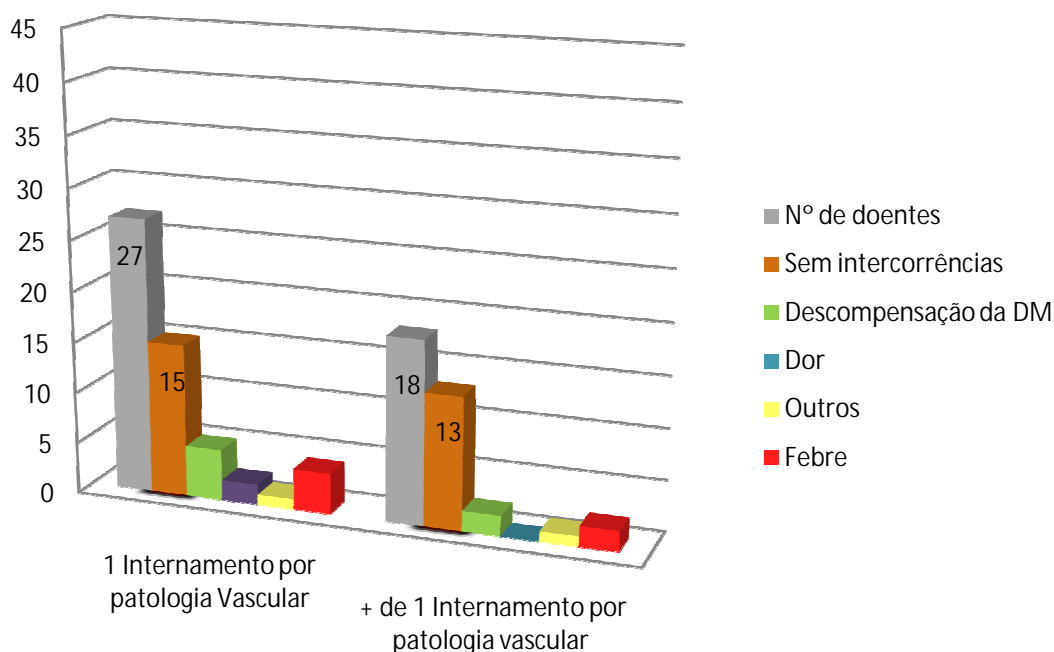


Gráfico 4: Relação do número de internamentos (1 ou mais que um) com as intercorrências.

2.3.1- Questionário

Durante a frequência no SACV foi elaborado um questionário, constituído por duas perguntas, que visava determinar o conhecimento dos doentes internados relativamente aos FR e forma de prevenir a doença arterial periférica e sua consequência major, a amputação (Apêndice IV). Dos 27 doentes internados, 5 não estavam aptos para responder e 8 não sabiam responder. Foi aplicado a 14 doentes, com auxílio da aluna.

Questão 1- Quais são os FR que levam à doença arterial periférica e à amputação de um membro?

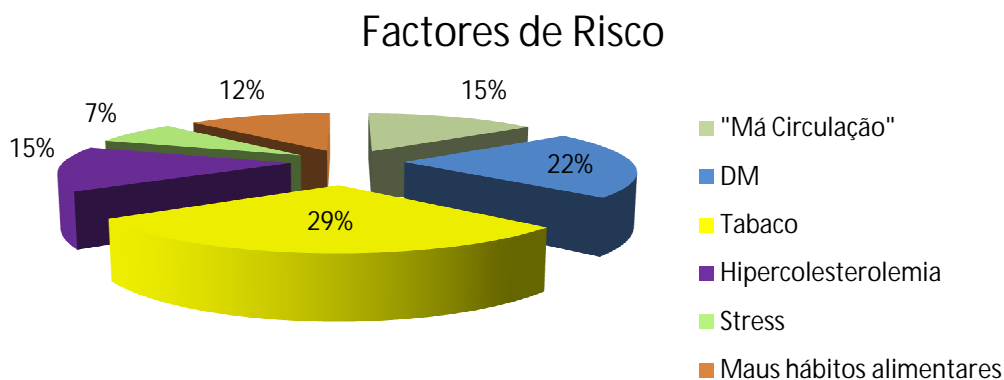


Gráfico 5: Representa os FR em resposta à questão 1.

Questão 2 – Como prevenir a amputação de um membro?

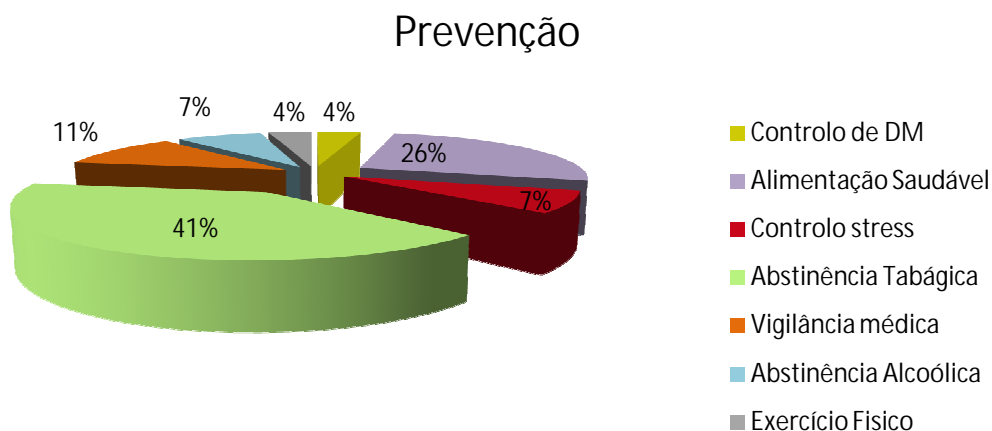


Gráfico 6: Representa as formas de prevenção indicadas face à questão 2.



2.3.2 - Reuniões de Serviço (RS)

Pelas 8h da manhã, às sextas-feiras, decorrem na Biblioteca do SACV as RS, presididas pelo Director de Serviço e presenciadas por todos os Médicos do SACV. Com o intuito de facultar a melhor avaliação científica e humana, são apresentados casos clínicos de doentes internados através dos meios audiovisuais disponíveis. É da mesma forma exposto, temas ou artigos científicos recentes que permitem uma formação contínua e integrada do corpo clínico.

A apresentação é dirigida maioritariamente por e para os Médicos do SACV.

Presenciou-se as seguintes RS:

27/11/09 – Rutherford, Vascular Surgery, capítulo 27, Tromboembolismo Arterial, tema apresentado pela Dr.^a Dalila Marques.

4/12/09 – Artigo científico sobre a morbilidade e mortalidade da cirurgia à aorta torácica com exclusão da artéria subclávia esquerda. – Dr. José Lopes. Caso Clínico sobre Aneurisma da Aorta.

2.4 - Laboratório Vascular

O SACV tem à sua disposição um Laboratório Vascular para realização de MADx a todos os doentes com suspeita de PV. Inclui:

- Sala de Estudos Hemodinâmicos
- Sala de EcoDoppler
- Unidade de Angiografia Digital - para uso do SACV às segundas-feiras e quintas-feiras de tarde.

As salas encontram-se devidamente equipadas com o intuito de proporcionar uma acuidade diagnóstica elevada.

<p>Estudos hemodinâmicos</p> <p>Equipamento</p>	<p>- <i>Unidade Nicolet-Vasoguard</i> – permite avaliar pressões arteriais segmentares, fotopletismografia e pletismografia de ar; determina automaticamente índices tornozelo/braço e possibilita a impressão imediata de relatórios;</p> <p>- <i>Ultrasonografia bidireccional Sonicaid Vasoflow 4</i>;</p> <p>- Dois aparelhos Doppler portáteis de emissão contínua unidireccional.</p>
<p>EcoDoppler</p> <p>Equipamento</p>	<p>- <i>Ge logic 5 expert</i> com 2 sondas lineares e uma curvilínea, sendo o mais utilizado.</p> <p>Também tem disponíveis:</p> <p>- <i>Tryplex Diasonics Synergy Ultrasound Multysinc M 500</i> (CE);</p> <p>- 2 aparelhos EcoDoppler (no BOC e no SACV).</p>
<p>Angiografia Digital</p> <p>Equipamento</p>	<p>- <i>Sistema de Angiografia Digital monoplano Integris 3000</i>, com injector de pressão e central de tratamento de imagens;</p> <p>- Equipamento para Ventilação Assistida permitindo anestesia geral;</p> <p>- Unidade Móvel de Raio X Philips BV 29.</p> <p>Esta Unidade tem também como finalidade a realização de vários exames radiológicos de Intervenção na área de ACV, tais como Embolizações de Aneurismas.</p>

Tabela 2: MADx - Equipamentos e Funcionalidades.

A aluna, orientada pela Dr.^a Dalila Marques e Técnico Albano Rodrigues, assistiu e participou na realização de vários MADx nomeadamente a avaliação das PA segmentares e distais em repouso e após esforço, cálculo dos ITB, auscultação Doppler arterial e venosa.

Durante o Estágio, o SACV realizou 103 EcoDopplers e outros 57 Estudos Hemodinâmicos de diferentes tipos, como esquematizado nos seguintes gráficos:

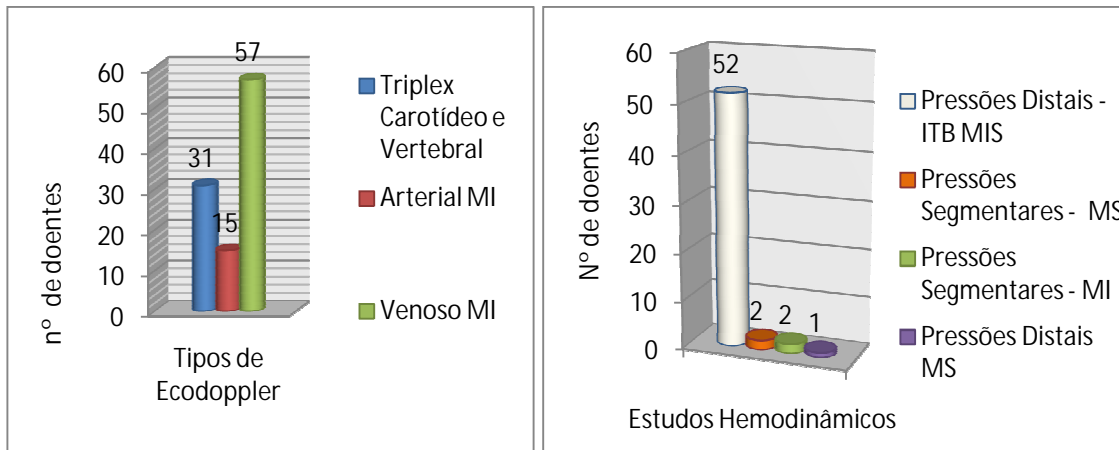


Gráfico 7 e 8: Frequência absoluta dos diferentes tipos de EcoDoppler/Estudos Hemodinâmicos realizados durante o período de estágio.

Dos exames que observou destaca os seguintes:

- Estudo Hemodinâmico de um doente ciclista profissional de 22 anos, proveniente da CE, com claudicação intermitente, com possível endofibrose da Artéria Íliaca Externa. ITB no MI esquerdo com redução para metade após esforço.
- EcoDoppler Arterial dos MIs de um doente de 33 anos, com gonalgia posterior esquerda pós-traumática, com parâmetros ultrassonográficos sugestivos de falso aneurisma poplíteo esquerdo.
- Arteriografia dos MIs de um doente de 84 anos, com HTA, DM tipo II e dislipidemia apresentava isquemia grau III do MI esquerdo com 3 semanas de evolução. O exame revelou oclusão da artéria femoral esquerda e foi submetido a trombo-emblectomia femoro-distal.

2.5 - Serviço de Urgência

O SACV reserva 24h por dia, dois elementos exclusivamente para apoio ao SU (12 horas diurnas em presença física no HSJ, 12 horas nocturnas em regime de prevenção). Pela importância vital, a PV tem muitas vezes carácter urgente ou emergente, exigindo uma equipa capaz e competente para proceder à reparação da lesão vascular traumática, intervenção na isquemia aguda ou na TVP. A CV de carácter urgente é realizada no BO do SU do HSJ.

Realizou dois turnos de urgência, sextas-feiras, com Dr. Jorge Costa Lima e Dr^a Dalila Marques.

Durante o estágio constatou-se que a sintomatologia mais frequente foi a dor, os FR mais frequentes foram a HTA e o tabaco, e o diagnóstico de saída mais frequente foi a Aterosclerose das artérias nativas das extremidades.

Houve um interesse em relacionar a triagem de Manchester com a orientação médica do SU.

Triagem de Manchester e Orientação Médica

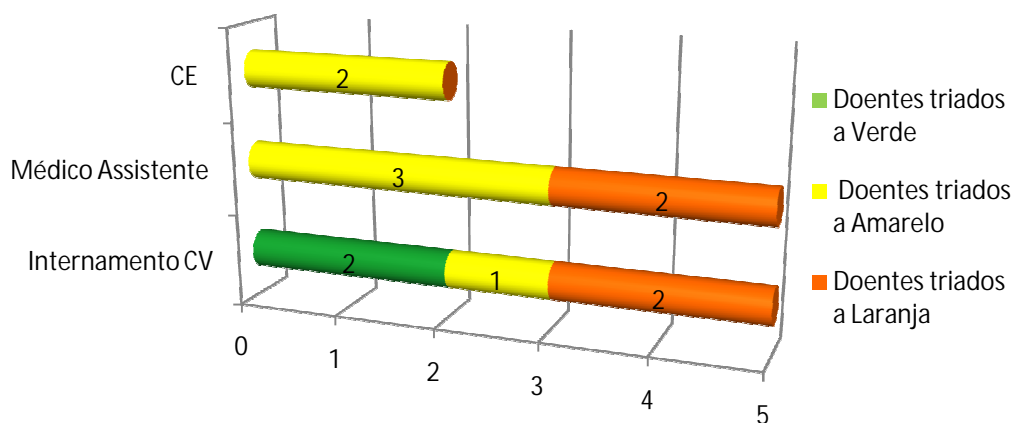


Gráfico 9: Relação entre a Triagem de Manchester e a orientação por médicos de ACV.

2.6- Bloco Operatório

A vertente cirúrgica da ACV salienta-se pela constante necessidade de actualização para fazer face ao aumento da incidência de PV pelo envelhecimento populacional. O nº de Cirurgias do SACV aumentou 17% em 2008 [5].

A Cirurgia do SACV tem lugar no Bloco Central do HSJ, na Unidade de Cirurgia Ambulatória e no Bloco de Cirurgia Cardio-Torácica onde se realizam frequentemente Endarteriectomias Carotídeas. As CV urgentes têm lugar no BO do SU.

Durante o estágio, foram realizadas várias cirurgias vasculares cuja frequência relativa é representada no seguinte gráfico.

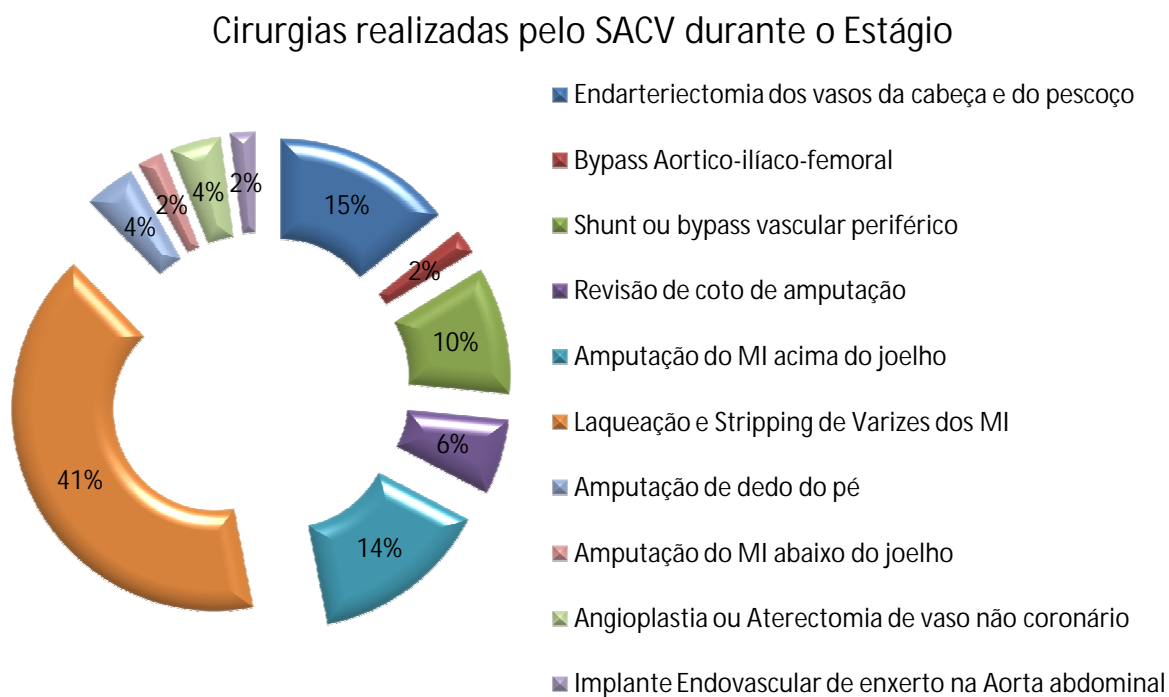


Gráfico 10: Frequência relativa de cirurgias realizadas pelo SACV durante o estágio.

A aluna assistiu às seguintes cirurgias:

- 1 Angioplastia da AIE direita
- 2 Bypass femoro-distal
- 1 Endarteriectomia carotídea esquerda com anestesia locorregional
- 2 Cirurgias de laqueação e stripping de varizes dos MI



Conclusão

O estágio profissional no SACV, apesar de curto, permitiu compreender a realidade vivenciada no serviço, enriquecer as capacidades semiológicas e compreender a coordenação e actualização necessárias de um serviço de excelência.

Na vivência assistencial dos vários sectores, apesar da amostra de doentes ser reduzida, foi possível atentar às seguintes conclusões:

- CE: os diagnósticos mais frequentes são a DAOP e Varizes do MI, sendo os FR mais frequentes a HTA e o tabaco, respectivamente.
- Internamento: cerca de 40% dos doentes internados têm mais que um internamento e, ao contrário do que seria de esperar, menor nº de intercorrências. Esta associação poderá ser inconclusiva ou explicada pelos maiores cuidados de saúde pós-internamento. As principais intercorrências foram a descompensação da DM II e a febre.
- Questionário: os inquiridos demonstraram uma lacuna de informação relativa à doença arterial periférica. Não existiu nenhum FR que fosse indicado por metade da população alvo. Verificou-se que nenhum doente indicou a obesidade como FR, sendo o tabaco o mais referenciado.
- MADx: os exames mais requeridos foram o EcoDoppler venoso dos MI e avaliação das pressões distais – ITB MIs.
- SU: A maioria dos doentes são triados com pulseira amarela e o grau de urgência da Triagem de Manchester nem sempre parece corresponder à gravidade da PV.
- BO: A cirurgia mais realizada durante o estágio foi a laqueação e stripping das safenas.

O estágio no SACV superou as expectativas, nomeadamente pela integração de todos os recursos de saúde. Os objectivos propostos foram cumpridos.



Bibliografia

1. Society for Vascular Surgery website
2. Friedman S. História da Cirurgia vascular. 2ª edição. Revinter; 2006
3. Hallett J, Brewster D, Rasmussen T. Handbook of Patient Care in Vascular Diseases, 4th edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2001. p.101-202
4. 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
5. Indicadores Mensais Acumulados, Cirurgia Vascular, Novembro 2008
6. Roncon Albuquerque R. Programa de Angiologia e Cirurgia Vascular (4º ano): Ano lectivo 2007/2008
7. Walker P. The Future of Vascular Surgery: an australasian perspective, Journal of Vascular Surgery 2008 Dez; 48(6):46-52
8. Rutherford R, *Vascular Surgery*, 6th Edition, Elsevier Saunders; 2005; p. 271-299; 309-316
9. Roncon de Albuquerque R. Doença Arterial Oclusiva Periférica no Contexto da Doença Aterotrombótica. Diapositivos de apresentação de aula teórica; 2007
10. Roncon de Albuquerque R. Doença Arterial Oclusiva Periférica no Contexto da Doença Aterotrombótica- Exame físico e Meios Auxiliares de Diagnóstico. Diapositivos de apresentação de aula teórica; 2007
11. Roncon de Albuquerque R. Doença Cerebrovascular extracraniana- Estenose Carotídea. Diapositivos de apresentação de aula teórica; 2007
12. Mansilha A. Doença Venosa- classificação, diagnóstico e tratamento. Diapositivos de apresentação de aula teórica; 2007



Anexos



Anexo I

Programa da disciplina Opcional de 6º ano Angiologia e Cirurgia Vascular

Programa:

- 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; Angiografia 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 – Endarteriectomia 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.

Anexo II

Últimas publicações do SACV (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



Anexo III

Protocolos do Serviço

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 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;
 - 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;

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**;

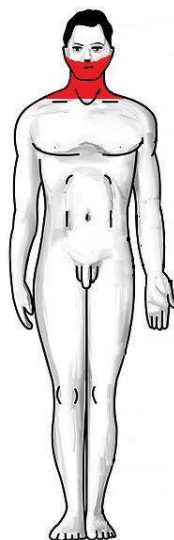


Imagem 1

- ⇒ 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:

- **Exceções:** 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**;

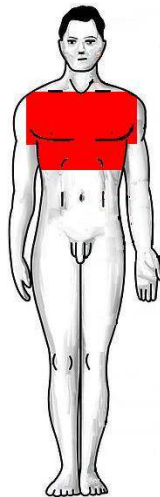


Imagem 2

- ⇒ 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 *.

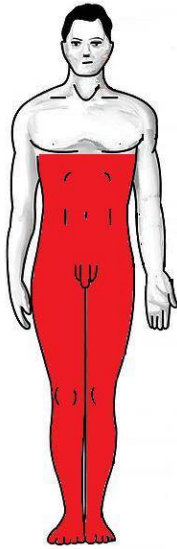
No dia da cirurgia, o doente deverá:

- ⇒ 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**;



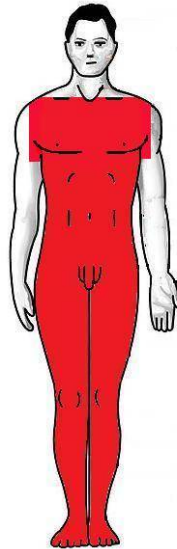
- ⇒ Para a cirurgia mencionada no ponto 5, efectuar tricotomia segundo **imagem 6**;
- ⇒ Para as cirurgias mencionadas nos pontos 6 e 7, efectuar tricotomia segundo **imagem 7**;

Imagem 3



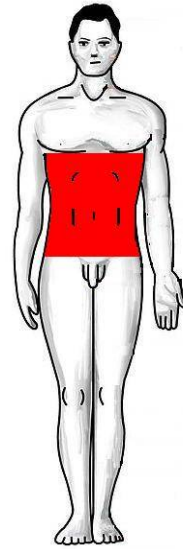
By-Pass Aorto-bifemoral
By-Pass Ílio-femoral

Imagem 4



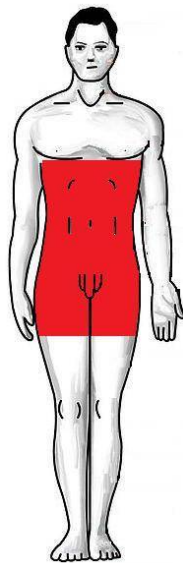
By-Pass Axilo-bifemoral

Imagem 5



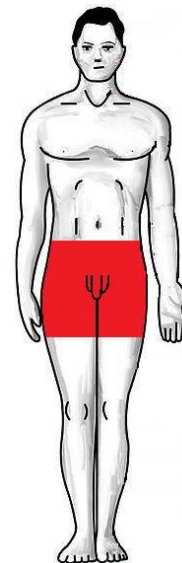
Simpaticectomia lombar

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**;

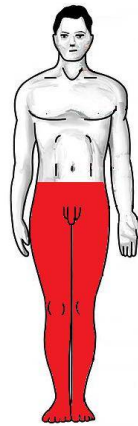


Imagem 8

- ⇒ 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:
- **Exceções:** 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**;

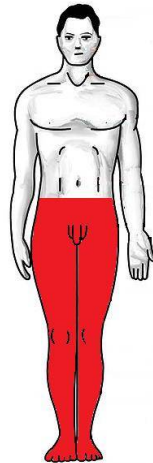


Imagem 9

- ⇒ 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:

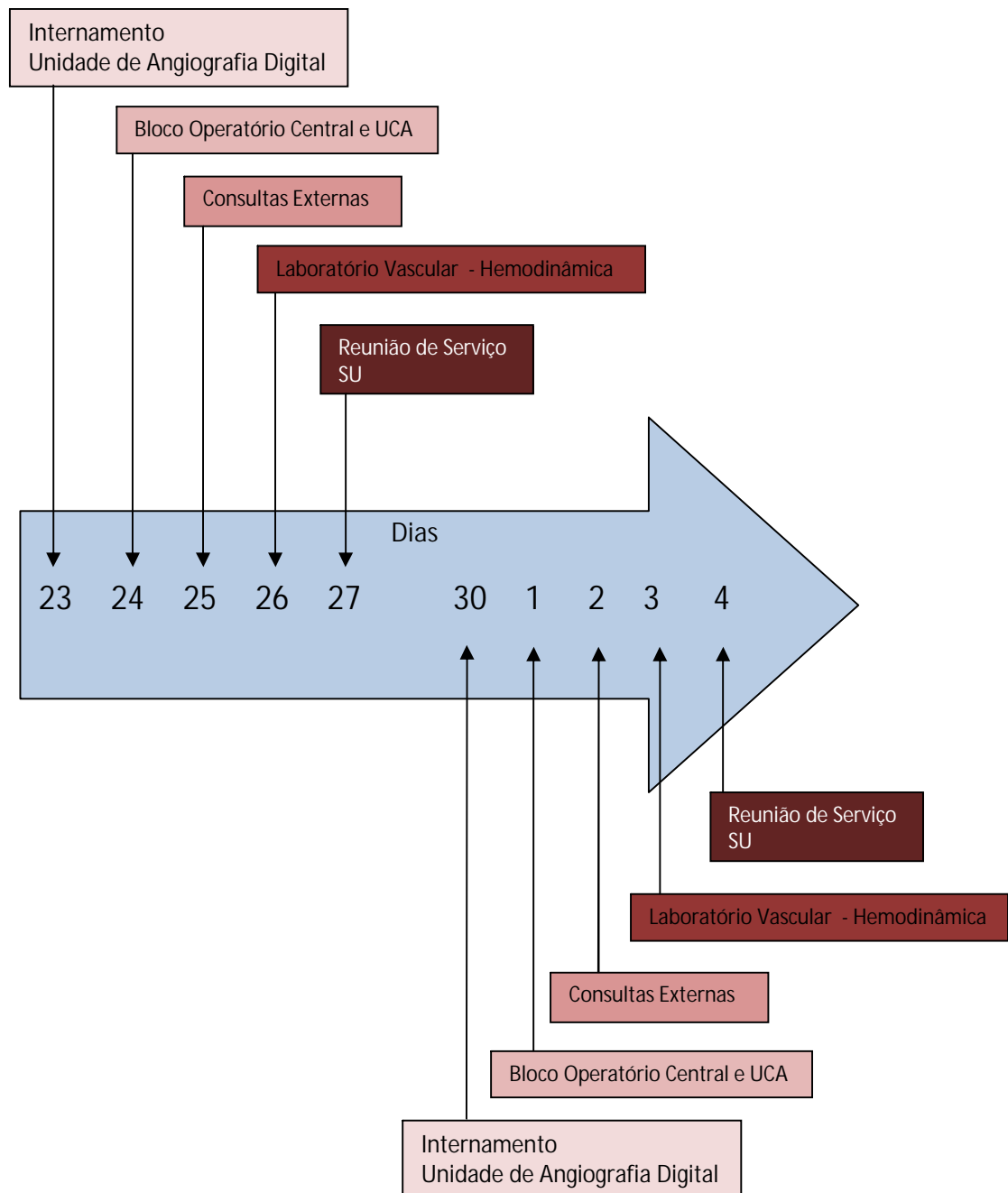
- SF 0,45 % (no caso de ser diabético - G 5% em SF 0,45 %) - 1ml/kg/hora. Inicia 12 horas antes da cirurgia e mantém 12 horas após a cirurgia;
- N-acetilcisteína - 600 mg PO de 12/12 horas, na véspera e no dia do procedimento;



Apêndices

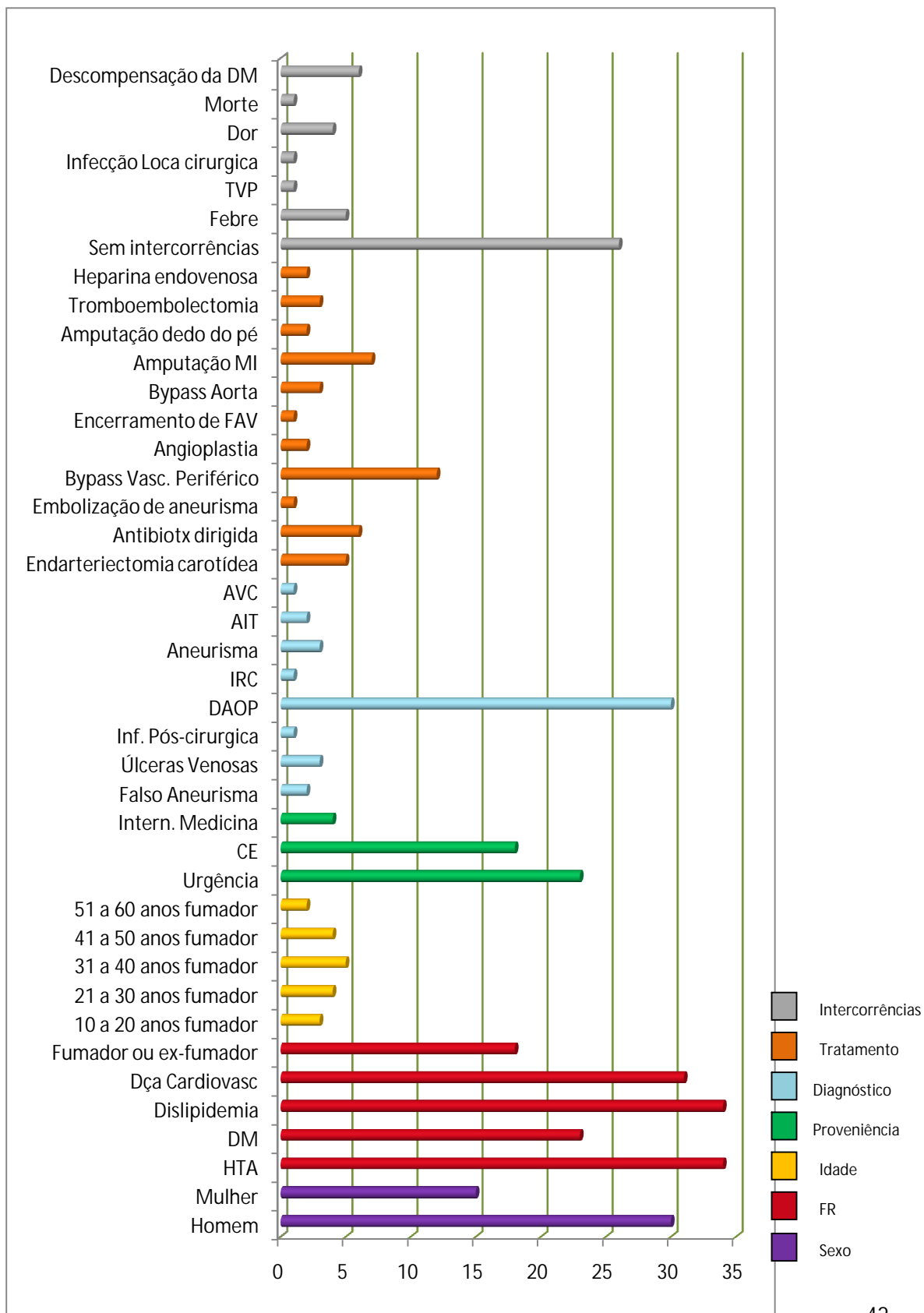
Apêndice I

Cronograma



Apêndice II

Gráfico Geral - Internamento





Apêndice III

História Clínica

Identificação

Nome: J.J.S.A.

Idade: 39 anos

Data de nascimento: 1970/03/10

Sexo: Masculino

Raça: Caucasiana

Estado civil: Casado

Naturalidade: Póvoa do Varzim

Residência: Póvoa do Varzim

Profissão: Pescador (nunca teve outra profissão).

Data de internamento: 19/11/09

Local: Hospital São João, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – cama 1

Fonte e fiabilidade de informação: O próprio doente e o processo; parece fiável.

Data de recolha de informação: 23/11/09

Queixa principal: Gonalgia esquerda, após traumatismo.

História da doença actual:

Doente, 39 anos, há cerca de 15 dias sofreu um traumatismo anterior do joelho esquerdo (embate contra o volante), num acidente de viação. Deste acontecimento resultou a formação de um hematoma, sem solução de continuidade e sem perda de substância. Desde então, desenvolveu um quadro de dor em moedeira, edema do joelho e uma tumefacção pulsátil da fossa poplíteica do mesmo lado. A dor é descrita como sendo intensa (refere um valor de 10 numa escala de dor de 0-10), contínua, sem



factores de alívio, que agrava com a compressão e permanece em repouso, havendo limitação da extensão da perna. Nega presença de parastésias, pé frio, analgesia, claudicação intermitente, lesões ulcerosas, alterações da cor, da temperatura, alterações tróficas, da sudorese, impotência sexual ou outra sintomatologia.

Recorreu após 4 dias, ao Hospital da Póvoa do Varzim (HPV) e realizou um ecodoppler venoso do membro inferior esquerdo que concluiu a presença de estrutura na fossa poplítea que desviava a veia poplítea, sugerindo-se fazer ecografia de partes moles para esclarecer melhor o achado. Foi prescrito paracetamol, AINE e ecografia das partes moles da região poplítea.

Por manutenção do quadro e aumento da tumefacção (aumento do perímetro do joelho de cerca de 10 cm) dirigiu-se, passado cerca de 3 dias, à sua médica de família já com o resultado da ecografia, cujo relatório indicava a existência de uma imagem muito sugestiva de pseudo-aneurisma traumático da artéria poplítea. Assim, no mesmo dia, 19.11.09, foi referenciado para o S.U. do Hospital São João (HSJ). À admissão, realizou exames analíticos (hemograma e bioquímica) e ecodoppler do membro inferior esquerdo. Não apresentou sinais de isquemia aguda nem clínica de TVP (igualmente excluída por ecodoppler). Foi internado para programação de cirurgia definida como prioritária.

Hoje, dia 23 de Novembro de 2009, o doente permanece com a sintomatologia algica e aguarda cirurgia.

Antecedentes Pessoais

Doenças crónicas/anteriores: Toxicodependência por heroína fumada e injectada durante 2 anos, com reabilitação há cerca de outros 2. Nega HTA, dislipidemia, DM tipo I ou II, doenças cardíacas, respiratórias, cerebrovasculares, gastrointestinais, osteoarticulares e hematológica.

Doenças de Infância: Teve varicela e sarampo quando criança. Nega rubéola, papeira ou febre reumática.

Cirurgias/ Internamentos: Nega antecedentes cirurgicos.

Traumatismos e acidentes: Acidente de viação, com embate do joelho esquerdo no volante e conseqüente traumatismo anterior - 12.11.09.

Tranfusões. Nega antecedentes transfusionais.

Alergias: Nega qualquer alergia nomeadamente medicamentosa ou alimentar.

Cuidados de Saúde habituais

Alimentação: Variada e hipolipemiante, faz cerca de 5 refeições por dia.

Tabaco: Fumador (fuma há cerca de 25 anos um maço por dia; 25 UMA)

Álcool: Bebe cerca de 1 copo de vinho tinto às refeições. Cerca de 50g etanol/dia.

Actividade física: Mantém actividade física por motivos profissionais, sem grandes limitações.

Vacinação: Actualizada. Não realiza vacina da gripe anualmente.

Drogas: Consumo de heroína, fumada e injectada, iniciada há cerca de 4 anos e mantida por 2 anos. O doente encontra-se em reabilitação acompanhado na consulta de psiquiatria. Também consumiu esporadicamente haxixe, em adolescente.

Medicações habituais: Metadona 50 mg diários – programa de substituição.

História social e profissional

Escolaridade: Completou o 9º ano de escolaridade.

Religião: Católica.

Habitação: Vive em apartamento com boas condições habitacionais, nomeadamente luz, água canalizada e saneamento básico. Tem um cão.

Estrutura familiar: Vive com a esposa e dois filhos.

Viagens: Não realizou viagens nos últimos anos.

Profissão: Pescador - nunca teve outra profissão.

Antecedentes familiares

Pais vivos, mãe de 73 anos sem patologias conhecidas; pai sofreu 2 AVC's aos 75 anos. Tem 9 irmãos, 4 irmãos e 5 irmãs; desconhece qualquer patologia que possam padecer. Filhos saudáveis. Desconhece história familiar de HTA, DM tipo I ou tipo II ou outras patologias nomeadamente neoplásicas, gastrointestinais, pulmonares, cardíacas ou cerebrovasculares.

Revisão por aparelhos e sistemas:

Geral: Refere bom estado habitual de saúde; sem febre, arrepios, astenia, fatigabilidade ou alterações de sudorese; apetite conservado, sem modificações do peso habitual; impossibilidade de realização da actividade profissional pela gonalgia intensa.



Pele e faneras: Nega alterações cutâneas, nomeadamente eritema, prurido, história de eczema, secura de pele, modificações da cor da pele, alterações do cabelo, unhas ou sudorese excessiva.

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

Sistema Otorrinolaringológico: Nega alterações da acuidade auditiva nomeadamente otalgia, infecção, zumbido, vertigens ou otorreia. Nega ainda obstrução nasal, rinorreia, epistáxis, alterações do olfacto, patologia gengival, odontalgia, sialorreia, xerostomia ou rouquidão. Extracções dentárias de incisivo central direito e lateral direitos.

Sistema Endócrino: Nega patologia tiroideia, intolerância ao frio/calor, polidipsia, poliúria, polifagia bem como qualquer outra queixa hormonal.

Sistema Respiratório Nega queixas respiratórias como tosse, dor pleurítica, toracalgia, dispneia, cianose, pieira, hemoptise, história de tuberculose ou outras infecções respiratórias.

Sistema Cardiovascular: Descreve edema do joelho e pernas esquerda. Nega palpitações, dor torácica, dispneia de esforço, ortopneia, claudicação intermitente, história de enfarte agudo de miocárdio, veias varicosas, história de tromboflebite, extremidades frias ou outras alterações.

Sistema Hematológico: Nega história de anemia, hemorragia ou episódios trombóticos prévios. Sem história de transfusões.

Sistema Gastrointestinal: Nega alterações de deglutição, disfagia, pirose, náusea e vômito, intolerância alimentar; dor abdominal, obstipação, diarreia; alteração recente dos hábitos intestinais, modificações da cor e consistência das fezes, hematemeses, melenas, hematoquezias bem como doença hepática, biliar, pancreática ou peri-anal.



Sistema Genitourinário: Nega disúria, polaquiúria, noctúria, urgência urinária, hematuria, incontinência e dor no flanco/região suprepública, lesões genitais bem como história de infecção, retenção urinária, cólica renal e doença venérea.

Sistema Musculo-Esquelético: Diminuição da força muscular a nível do membro inferior esquerdo e limitação de movimentos do mesmo membro. Actualmente nega paresia/plegia e rigidez articular, bem como história patologia osteo-articular.

Sistema Neurológico: Nega tonturas, vertigens, cefaleias, convulsões, perda de conhecimento, desorientação, incoordenação motora, presia/plegia bem como história de traumatismo crâneo-encefálico.

Sistema Psiquiátrico: Refere por vezes algum nervosismo. Nega modificações de humor; dificuldade de concentração, irritabilidade ou distúrbios do sono.

Exame Físico

Estado geral

Doente CCO no tempo e no espaço. Razoável aspecto geral.

Idade real coincidente com a idade aparente, hidratado, sem sinais de sofrimento e apirético. Sem fácies característico mas com aspecto emagrecido.

Sinais vitais

- Pulso: 72 bpm (arrs)
- FR: 20 cpm
- TA: 131-74 mmHg
- T: 36°C

Parâmetros antropométricos

- Peso: 78Kg
- Altura: 1.84m
- IMC: 23 Kg/m²



Pele e faneras:

- Ausência de alterações da coloração, integridade, textura, temperatura, hipersudorese, odor ou descamação.
- Presença de tatuagens nos membros superiores: 1 na região bicipital direita com cerca de 6 cm/ 4cm; outra na região posterior do antebraço com 15 cm/ 6cm; uma no antebraço esquerdo com 8 cm /4 cm e outra na região posterior do braço esquerdo que mede cerca de 10 cm/ 5 cm.
- Sem outras alterações de distribuição pilosa, unhas e leitos ungueais.
- Ausência de cicatrizes.

Cabeça

- Ausência de alterações da configuração do crânio, dismorfias, assimetrias ou tumefacções.
- Ausência de alteração na linha da implantação do cabelo.
- Mímica facial conservada. Ausência de alterações da configuração da face.
- Conjuntivas coradas e hidratadas. Escleróticas anictéricas. Pálpebras simétricas e móveis. Ausência de ptose/ retracção, edema, xantelasmas, enoftalmia/exoftalmia.
- Ausência de alterações na configuração da arcada supraciliar, na distribuição pilosa.
- Pulso da artéria temporal simétrico. Ausência de dor à palpação e de alterações da consistência.
- Ausência de alterações da configuração e implantação dos pavilhões auriculares, otorreia, nódulos de cartilagem, adenomegalias retroauriculares, ou dor à palpação na região mastóideia.
- Ausência de alterações da configuração da pirâmide nasal ou desvio do septo nasal.
- Lábios hidratados, de coloração normal, sem desvio. Língua hidratada. Ausência de alterações no tamanho, coloração e distribuição de papilas da língua. Sem exsudados visíveis. Ausência de alterações na coloração, hidratação ou ulcerações na mucosa oral. Ausência de incisivo lateral e central direitos.



Pescoço

- Ausência de alterações na configuração do pescoço, deformidades, assimetrias ou tumefacções visíveis.
- Mobilidade passiva e activa preservada.
- Ausência de alterações na dimensão e consistência das glândulas parótidas e submaxilares. Sem nódulos ou dor à palpação.
- Traqueia na linha média e móvel.
- Ausência de alterações no tamanho, forma, pontos dolorosos ou nódulos na tiróide. Móvel com os movimentos de deglutição.
- Pulsos carotídeos palpáveis, rítmicos, amplos, regulares e simétricos.
- Veias jugulares internas: ausência de turgescência venosa jugular ou refluxo hepatojugular.

Sistema Respiratório

Inspeção

- Expansibilidade torácica conservada, com movimentos respiratórios amplos, simétricos, rítmicos e regulares. Doente eupneico. Sem retracção, tiragem supraclavicular, intercostal e subcostal ou uso dos músculos acessórios da respiração.

Palpação

- Movimentos respiratórios simétricos; ausência de frémito táctil ou crepitações; ausência de alteração de transmissão das vibrações vocais.

Percussão

- Torax ressonante. Sem áreas de macicez ou hiper-ressonância.

Auscultação:

- Murmúrio vesicular presente e simétrico. Sem alterações da transmissão vocal. Sem aumento do tempo expiratório.

Sistema cardiovascular

Inspeção:

- Área de impulso máximo não observável, bem como outras pulsatilidades.

Palpação:



- Área de impulso máximo apical palpável no 5º espaço intercostal esquerdo lateralmente à linha medioclavicular. Ausência de frémitos.

Auscultação:

- S1 e S2 presentes e rítmicos.
- Ausência de S3 e S4, sopros ou atrito pericárdico.

Abdómen

Inspeção:

- Abdómen simétrico, com mobilidade respiratória normal. Cicatriz umbilical de implantação normal.
- Sem circulação colateral visível e sem distensão. Ausência de massas, estrias, ou pigmentação anormal visível.

Palpação:

- Abdómen mole e depressível. Sem dor à palpação superficial ou à palpação profunda. Sem defesa e sem contractura. Ausência de hérnias umbilicais, adenomegalias inguinais ou tumefacções palpáveis.
- Sem hepato ou esplenomegalia. Sem outras massas palpáveis.
- Sinal de Murphy vesicular negativo.
- Sinal de Blumberg negativo.
- Sinal da onda negativo.

Percussão:

- Som timpânico normal em todo o abdómen. Área de macicez hepática limitada superiormente pelo 6º espaço intercostal, inferiormente pelo rebordo costal ao nível da linha médio-clavicular e medialmente não ultrapassa a linha médio-esternal.

Auscultação:

- Ruídos hidroaéreos de frequência e timbre normais em todos os quadrantes do abdómen. Ausência de sopros.

Membros Superiores

- Membros sem deformidades ou assimetrias, com bom tônus e força muscular (grau 5), movimentos amplos e simétricos dos membros, sem dor à mobilização, ausência de edemas ou sinais inflamatórios evidentes.



- Adequada coloração, temperatura e hidratação cutânea.
- Pulsos braquiais, radiais e cubitais palpáveis, amplos, rítmicos, regulares e simétricos.

Membros Inferiores

- Tumefacção pulsátil e expansível a nível da fossa poplítea esquerda, com limitação da extensão da perna esquerda pela dor que provoca. Diminuição da força muscular do MI esquerdo (grau 3-/ 5). Força muscular preservada no membro contralateral (grau 5)
- Configuração normal dos membros, ausência de outras alterações na simetria.
- Ausência de alterações da coloração, temperatura, sudorese, distribuição pilosa, alterações cutânea ou sinais inflamatórios.
- Teste de Buerger e Samuels negativos.
- Sinal de Godet negativo bilateralmente.
- Pulsos femorais: palpáveis bilateralmente, demonstrando amplitude e ritmicidade. Pulsos poplíteos. palpáveis bilateralmente, amplos, rítmicos e regulares. Pulsos tibiais posteriores: amplos, regulares, rítmicos e simétricos. Pulsos pediosos: palpáveis bilateralmente, pouco amplos embora regulares e simétricos.

Dorso

- Sem alterações posturais. Ausência de contractura muscular, dor ou massas à palpação.

Exame proctológico e genital

- Não realizado por ausência de condições para tal.

Exame neurológico

- Doente consciente, colaborante e orientado no tempo e no espaço.
- Discurso fluente, adequado e coerente.
- Sensibilidades tátil, dolorosa e posicional preservadas nos quatro membros.
- Função cerebelosa: ausência de dismetria na prova dedo-nariz e calcanhar-jelho. Marcha não avaliada por incapacidade do doente.



- Ausência de sinais meníngeos.
- Reflexos osteotendinosos e cutâneo-plantares presentes e simétricos.

Pares cranianos:

- **I: olfativo:** Não avaliado.
- **II: óptico:** Sem alterações da campimetria de confrontação.
- **III, IV e VI: oculomotor, troclear e abducente, respectivamente:** Movimentos oculares mantidos em todos os campos e coordenados. Pupilas simétricas, reactividade directa e consensual à luz bilateralmente. Ausência de ptose ou estrabismo.
- **V: trigémio:** Ausência de atrofia dos músculos masseteres e temporais ou dificuldade na abertura da boca sem ou contra resistência. Sem alterações da sensibilidade da face.
- **VII: facial:** Movimentos faciais simétricos. Ausência de apagamento do sulco nasolabial, ou diminuição da força muscular dos orbiculares. (Não foi testada a sensibilidade gustativa nos 2/3 anteriores da língua).
- **VIII: vestibulo-coclear:** sem alterações auditivas.
- **IX e X: glossofaríngeo e vago:** Sem dificuldades na deglutição. Sem alterações da simetria da elevação da úvula e palato mole à fonação.
- **XI: acessório:** Elevação dos ombros e rotação do pescoço simétricos e de força e amplitude normais
- **XII: hipoglosso:** Ausência de desvios da língua à protusão

Resumo

Homem, de 39 anos, fumador, com queixas dolorosas intoleráveis e tumefacção pulsátil da fossa poplítea esquerda após traumatismo, dirige-se para o HSJ referenciado pelo HPV por suspeita de falso aneurisma poplíteo após traumatismo. Realizou ecografia de tecidos moles e eco-doppler que confirmaram o diagnóstico. Foi internado para programação de cirurgia.



Lista de problemas

- Gonalgia esquerda mais intensa na região posterior do joelho.
- Tumefacção pulsátil e expansível da fossa poplítea esquerda.
- Hepatite C
- Ex-toxicodependente
- FRCV: fumador.

Diagnósticos diferenciais:

- Aneurisma/Falso aneurisma da artéria poplítea
 - Traumático
 - Ateroesclerótico
 - Micótico
- Hematoma pós-traumático da região posterior do joelho
- Trombose Venosa Profunda (TVP) da artéria poplítea

Exames complementares de diagnóstico

- **Estudo analítico: Hemograma e bioquímica.**

- Hemograma

	20/11/2009	23/11/09	Valores de Referência
Hemoglobina (g/dL)	11.2	11.3	13,0 – 18,0
Eritrócitos	3.82	3.72	4.4 - 5.9
VGM (fL)	36.2	35.5	80 – 100
CHGM (g/dL)	30.9	31.8	32 - 36
HGM	29.3		26 - 34



pg		29.9	
Leucócitos (x 10 ⁹ /L)	16.58	15.12	4,0 – 11,0
Neutrófilos (%)	82.6	71.9	53.8 – 69.8
Eosinófilos (%)	0.3	0.9	0,6 – 4.6
Basófilos (%)	0.03	0.06	0.0 – 1.5
Linfócitos (%)	1.92	2.43	25.3 – 47.3
Monócitos (%)	8.7	4.3	4.7 – 8.7
Plaquetas (x10 ⁹ /L)	393	400	180 – 500
Volume plaquetário (%)	0.42	0.41	
MPV (fl)	10.7	10.4	
PDW (fl)	12.2	11.6	
P –LCR (%)	30.8	27.0	

- Bioquímica

	20/11/2009	Valores de Referência
Glicose (g/L)	0.80	0.75 – 1.15
Ureia (g/L)	0.48	0.10 – 0.50
Creatinina	4.3	8.0 – 13.0



(mg/L)		
Sódio (mEq/L)	139	135 – 147
Potássio (mEq/L)	4,9	3,5 – 5,1
Cálcio (mg/dl)	9.1	8.9 – 10.0
Cloretos (mEq/L)	103	98 – 108

- **Relatório de Ensaio – Imuno-hemoterapia**

Ensaio	Procedimento	Resultado Actual	Val. Referência	Resultados Anteriores
MARC. VIRICOS				
Marcadores HIV				
				23-11-2009
HIV (Ag+Ac HIV1+2)	OK1A	0,2 DO(X) / CUT-OFF (NR < 0.9) - (R > 1.1)		0,1
Marcadores Hepatite C				
Ac HCV (*)	OK1A	8,4 DO(X) / CUT-OFF (NR < 0.9) - (R > 1.1)		8,2
Marcadores Hepatite B				
Ag HBs (*)	OK1A	0,02 UI/mL	(NR < 0.05) - (R >= 0.05)	0,02
Alteração do método de ensaio do Ag. HBs a partir de 22-05-2006 O resultado é expresso em UI/mL				
Ac HBc (*)	OK1A	0,24 DO(X) / CUT-OFF (NR < 0.9) - (R > 1.1)		0,37
Ac HBs (Quantitativo)	OK1A	0,34 U.I./l		0,22

Ensaio	Procedimento	Resultado Actual	Val. Referência	Resultados Anteriores
MARC. VIRICOS				
Marcadores HIV				
HIV (Ag+Ac HIV1+2)	OKTA	0,1	DO(X) / CUT-OFF (NR < 0.9) - (R > 1.1)	
Marcadores Hepatite C				
INNO-LIA HCV Ab IIII ger. (*)	OKTA	POSITIVO	POS/IND/NEG	-
Ac HCV (*)	OKTA	8,2	DO(X) / CUT-OFF (NR < 0.9) - (R > 1.1)	
Marcadores Hepatite B				
Ag HBs (*)	OKTA	0,02	UI/mL (NR < 0.05) - (R >= 0.05)	
Alteração do método de ensaio do Atg. HBs a partir de 22-05-2006 O resultado é expresso em UI/mL				
Ac HBc (*)	OKTA	0,37	DO(X) / CUT-OFF (NR < 0.9) - (R > 1.1)	
Ac HBs (Quantitativo)	OKTA	0,12	U.I./l	

- **ECG**

Ritmo sinusal, frequência cardíaca de 82 c.p.m., sem alterações da condução auricular ou ventricular, eixo normal. Sem outras alterações electrocardiográficas.

- **Ecografia de tecidos moles**

“Foram efectuados ecotomogramas nas diferentes vertentes da região do joelho esquerdo. Não se identificaram alterações do tendão do quadricípite femoral e rotuliano. Derrame articular de médio volume nomeadamente na bursa supre-patelar. Dificil avaliação do cavado poplíteo devido a dificuldades na extensão da perna por dor intensa, observando-se no entanto, imagem muito sugestiva de pseudo-aneurisma traumático da artéria poplíteo, tendo esta um diâmetro transversal de 47 mm, sugerindo-se estudo complementar por TAC para melhor avaliação.”

- **Ecodoppler Arterial Periférico - Membro Inferior Esquerdo**

“Lado Direito: Fluxo arterial, laminar e sem aceleração nas artérias ilíacas, femorais, poplíteas e tibiais.

Lado Esquerdo: Fluxo arterial trifásico, laminar, e sem aceleração nas artérias ilíacas, femorais, poplíteas e tibiais. Visualização de falso aneurisma poplíteo na parede posterior, com diâmetro máximo de 46 mm, parcialmente trombosado.

Conclusão: Parâmetros ultrassonográficos sugestivos de falso aneurisma poplíteo esquerdo.”

- **Estudo Hemodinâmico**

	Direito	Esquerdo
Índice Tornozelo/ Braço	1.09	1.05

“Observações: História actual de falso aneurisma traumático da artéria poplíteia esquerda.”

- **Radiografia ao Joelho Esquerdo**

“Paciente com incapacidade de extensão da articulação do joelho o que limitou o presente estudo.

Não se observam alterações relevantes nos segmentos ósseos visualizados.

Na região posterior à metáfise femoral observa-se marcada densificação dos tecidos moles, com bolhas de gás associadas, aspecto que poderá estar em relação com os antecedentes cirúrgicos recentes, contudo, não se pode excluir abcedação a este nível. A melhor caracterizar por outro método de imagem (eventualmente TC) se clinicamente relevante. “

Diagnóstico definitivo

- Falso aneurisma da artéria poplíteia pós-traumático.

Discussão

O diagnóstico de aneurisma da artéria poplíteia é sugerido por todo o quadro clínico apresentado, dada a associação de gonalgia, essencialmente posterior e de elevada intensidade, com o desenvolvimento de uma tumefacção na fossa poplíteia, pulsátil e expansível, cujo volume foi aumentando progressivamente. Este quadro clínico não se apresentou insidioso mas sim de aparecimento relativamente súbito, após traumatismo. Teve provável etiologia traumática (seguiu-se a acidente de viação) tendo sido confirmado o diagnóstico com ecodoppler e ecografia de partes moles. Estes

exames complementares de diagnóstico acrescentaram ainda que se tratava de um falso aneurisma, cuja etiologia mais frequente é mesmo o traumatismo, como apresentado.

Praticamente, na sua grande maioria, os aneurismas/falso aneurismas poplíteos são de etiologia aterosclerótica, bilaterais, co-existentes com a presença de outros e são mais prevalentes em doentes com idade superior a 50 anos (não é o caso). Não precedem normalmente a um traumatismo, apresentam-se de forma bastante progressiva e associada a múltiplos factores de risco (neste caso só presente o tabagismo). Deste modo, clinicamente incompatível, esta etiologia torna-se improvável.

O aneurisma/falso aneurisma micótico (origem infecciosa) pode ocorrer por embolia séptica ou por endocardite, foco infecto-contagioso pré-existente, inoculação bacteriana por trauma directo ou infecção de placa aterosclerótica. Clinicamente, manifesta-se como uma massa pulsátil, dolorosa e expansível associada a sintomas sistémicos como a febre. É verdade que o doente tem história de trauma, apesar de fechado, e que poderia ser indiciante. Não obstante, há ausência de outras causas assim como inexistência de sintomas/sinais sistémicos sugestivos de infecção. A informação do serviço de anatomia-patológica exclui a possibilidade da peça cirúrgica estar infeccionada, auxiliando a descartar esta hipótese.

O hematoma pós-traumático é doloroso e mascarar pulsatilidade, pela vizinhança e ligeira pressão sobre a artéria poplítea. No entanto, não justifica a expansibilidade da massa (hipótese também excluída com auxílio de meios complementares de diagnóstico).

A TVP é aqui discutida como diagnóstico diferencial essencialmente pela sua elevada prevalência, nomeadamente a nível da veia poplítea profunda. Em comum existe a dor, edema, impotência funcional e o trauma como factor de risco. No entanto, tem ausência de: sensação de peso, hipersensibilidade local, aumento da temperatura local, circulação colateral venosa superficial, de vários factores de risco ou doenças cardiovasculares. Esta patologia é mais prevalente em populações mais idosas (paciente apenas com 39 anos), sendo um diagnóstico de exclusão e pouco compatível com a história apresentada.

Terapêutica Farmacológica e Plano de Atitudes

- O doente deve manter o seguimento com os seus médicos assistentes, médica de família e psiquiatra.
- Deverá ser reencaminhado para consulta de Cirurgia Vascular para controlo pós-operatório.
- Deverá ser seguido por um médico infecciosologista dado que apresentou marcadores víricos atc HCV +.
- Tendo em conta os hábitos tabágicos apresentados, apela-se para cessação tabágica para melhor controlo de factores de risco cardio e cerebrovasculares. Desta forma, preconizar também, diminuição de complicações pós-operatórias.

- Terapêutica farmacológica:

Paracetamol 10 mg/ml sol.inj – alívio da sintomatologia álgica

Enoxaparina 80 mg/0.8 ml sol. Inj. – evitar trombogénese pós-operatória e por apresentar, durante o internamento, trombo mural fresco na artéria poplítea.

Tramadol 100 mg/ 2ml sol.inj. – analgésico opióide para alívio da dor intensa

Cefazolina 1000 mg sol. Inj. Fr I.V. – prevenir qualquer evento infeccioso pós-cirúrgico.

Metadona 60 mg – segundo esquema prescrito por médico psiquiatra, programa de tratamento de toxicod dependência para minorar o síndrome de abstinência.

- Terapêutica cirúrgica

Devido às elevadas complicações (isquémicas, de ruptura...) é consensualmente aceite nos dias de hoje que os aneurismas poplíteos (neste caso falso aneurisma) têm indicação operatória.

A cirurgia consiste na laqueação e na exclusão do aneurisma, seguida de revascularização do membro através da implantação de bypass femorodistal, utilizando uma abordagem antero-interna. No presente contexto clínico, como o aneurisma era bastante localizado, foi possível a abordagem posterior, com interposição de enxerto venoso, VSI invertida.



Evolução no Internamento

- Clinicamente, o doente referia muitas queixas álgicas a nível do joelho esquerdo até à cirurgia. Permaneceu em repouso absoluto e com drenagem postural.
- No dia 20.11.09 foi realizado um ecodoppler que evidenciou a presença de trombo fresco na veia poplítea distalmente ao falso aneurisma - TVP. Iniciou enoxaparina.
- Foi pedido parecer de psiquiatria que decidiu aumentar mais 10 mg à dose de metadona, de forma a controlar dores generalizadas por possível descompensação.
- No dia 23.11.09, foi submetido a cirurgia que decorreu sem complicações, evidenciando edema importante da perna, sem tensão. Houve melhoria significativa das queixas álgicas. Para excluir qualquer etiologia ortopédica, foi observado por ortopedia e na sequência fez raio X ao joelho esquerdo, que não revelou patologia aparente desta especialidade.
- O internamento decorreu sem intercorrências major, com um quadro álgico com benéfica evolução, apresentando razoável estado geral, hidratado, apirético e eupneico; sem alterações ao exame físico excepto o joelho e perna esquerda como já referido anteriormente.



Prognóstico

- Os aneurismas das artérias poplíteas (AAP), e ainda mais os falsos aneurismas de origem traumática, delimitados por uma cápsula pouco resistente, podem ter como prognóstico e consequente complicação a ruptura (3% dos casos), infecção e compressão. Estão de igual modo sujeitos a fomentar quadros isquémicos provocados por fenómeno embólicos, trombóticos e compressivos com riscos de perda de membro, trombose venosa profunda e distúrbios sensitivos e motores. A ruptura do AAP é uma complicação incomum, porém constitui uma situação grave, com elevado índice de amputação.
- Neste caso clínico, para evitar estas complicações, foi estabelecido como prioritária a cirurgia. Tendo em conta que esta decorreu como esperado, os resultados a longo prazo são muito satisfatórios. Existe uma taxa de permeabilidade do enxerto superior a 80% e uma taxa de salvação do membro de cerca de 90%. Sabe-se que a percentagem de amputação dos membros por trombose de aneurisma poplíteo é elevada, no entanto como a cirurgia foi levada a cabo em tempo oportuno, alterou deste modo a evolução natural da doença. Igualmente a terapêutica fibrinolítica prescrita no internamento, antes e após intervenção cirúrgica permitiu restabelecer a permeabilidade da circulação distal assim como melhorar o prognóstico.
- Concluindo, ao preconizar um tratamento correcto, eficaz e atempado, faz prever um bom prognóstico.
- Espera-se a modificação de hábitos tabágicos, tóxicos e de vida de forma a viver com qualidade. Assim objectiva-se melhorar prognóstico cardíaco, pulmonar e cérebro-vascular permitindo evitar qualquer outra patologia de outros sistemas de órgãos



Apêndice IV

Questionário

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) – 2009/2010
Mestrado Integrado – Relatório de Estágio em Angiologia e Cirurgia Vascular
Orientador de Tese: *Prof. Dr. Roncon de Albuquerque*
Orientando: Telma Patrícia Queirós Santos



Avaliação da sensibilidade dos doentes internados relativamente aos factores de risco e à prevenção da doença arterial periférica

Eu, Telma Patrícia Queirós Santos, portadora do BI 12863523 emitido em Lisboa, 19/05/07, frequento o Mestrado Integrado em Medicina, no último ano deste meu percurso académico. No âmbito do mestrado em Angiologia e Cirurgia Vascular, sob orientação do *Prof. Dr. Roncon de Albuquerque* (Director do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital São João e Professor Associado da FMUP), peço a sua colaboração para participar num curto questionário com o intuito de estudar a sensibilidade dos doentes internados relativamente aos factores de risco e formas de prevenção da doença arterial periférica, cuja consequência major é a amputação.

1-Quais são os factores de risco que podem provocar a doença das artérias e consequentemente a amputação de membros?

2 – Como prevenir a amputação de um membro?

Porto, Dezembro de 2009
Grata pela sua colaboração,
Com os melhores cumprimentos,
Telma Santos



Apêndice V

Tipos de Cirurgias realizadas pelo SACV

Traumatismos Vasculares	Revascularizações, hemostase Revascularizações secundárias
Isq. Aguda dos Membros	Trombo-embolctomia Cirurgias associadas ou complementares
Isq. Crónica dos MI's	Doença aorto-ilíaca, reconstrução directa Doença aorto-ilíaca, bypass extra-anatómico Revascularização infra-inguinal Cirurgia endovascular Reintervenção, cirurgia complementar Simpatiectomia
Patologia Neurovascular dos MS's	Doença Arterial Obstrutiva Simpatiectomia 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
	Reintervenções
Patologia Venosa	Sistema Venoso Superficial
	Sistema Venoso Profundo
Amputações / Desbridamento	

Apêndice VI

Bases de dados do Estágio em ACV

Consultas Externas

Idade	Gênero	Motivo Consulta	Diagnóstico	HTA	DM	Dislipidemia	Doença Cardiovascular	A.C.O.	Anos Fumador	Peso	Altura	IMC	Exercício Físico	Nº horas de pé	Cirurgias	Tratamento
55	F	Dor MI	Varizes MI	1	1	0	0	22	10	67	1,6	26,173875	1	10		neo cirurgico
46	F	Dor MI	Varizes MI	1	0	1	0	26	0	55	1,43	26,1583413	1	10		cirurgico
73	M	Consulta PO	DAOP	1	0	1	1		10	64	1,7	22,0432272	0	1	bypass vascular periferico	cirurgico
58	M	Prurido	Varizes MI	1	0	0	0		52	80	1,73	26,1224488	1	8		cirurgico
55	F	Dor MI	Varizes MI	1	1	1	1	25	0	81	1,56	33,28402367	0	6		cirurgico
64	M	consulta PO	AA	1	0	1	0		40	86	1,81	26,23072483	0	3	bypass vascular periferico	neo cirurgico
53	M	cefaleias	DCVEC	1	1	1	1	0	72	72	1,61	27,77670613	0	3	endarterectomia	cirurgico
71	M	claudicação	DAOP	1	1	0	0		9	79	1,74	26,0932732	1	6		neo cirurgico
66	F	dor MI	DAOP	1	0	1	1	0	0	60	1,57	24,34173829	1	7	endarterectomia	avaliação
63	M	claudicação	DAOP	1	1	1	0		40	73	1,76	24,21229339	1	10		
80	M	vigilância	DAOP	1	1	1	1		8	71	1,64	26,39797739	0	1	bypass vascular periferico	neo cirurgico
18	M	dor MS	Outras	0	0	0	0		0	72	1,8	22,22222222	1	12		neo cirurgico
66	F	cefaleias	DCVEC	1	1	1	1	0	0	82	1,34	38,79237643	0	1		cirurgico
41	M	hipersudorese	Doença Neurovascular	0	1	1			20	68	1,7	23,32941176	1	10	Simpatetomia cervical	cirurgico
73	F	alterações consciencia	DCVEC	1	1	1	1	0	0	83	1,3	37,77777778	0	1		cirurgico
70	F	dor MI	pediabetico	1	1	1	1	30	0	68	1,57	27,89732606	0	2	Amputação do MI	cirurgico
72	M	dor MI	DAOP	1	0	1	0		3	63	1,72	21,87133388	1	6		cirurgico
67	F	parastias	Varizes MI	1	0	1	0	12	0	63	1,37	25,33834682	1	4	sefnectomia	neo cirurgico
48	F	edema	Varizes MI	0	1	0	0	26	12	38	1,68	20,34988662	1	4		cirurgico
70	M	prurido	Úlcera Venosa	1	0	1	0		33	79	1,76	23,3036137	0	2		neo cirurgico
47	F	edema	Varizes MI	0	0	1	0	14	0	67	1,62	25,32964487	1	7		cirurgico
47	F	consulta PO	Varizes MI	0	0	0	0	11	0	53	1,46	23,8022143	1	3	sefnectomia	neo cirurgico
62	M	consulta PO	DAOP	1	0	1	0		30	70	1,68	24,8013873	1	2	Amputação MI	neo cirurgico
61	M	edema	TVP	0	0	1	0		30	110	1,8	33,60061728	1	3	sefnectomia	neo cirurgico
51	F	edema	Úlcera venosa	1	0	1	1	20	0	103	1,3	46,66666667	0	2		neo cirurgico
81	F	claudicação	DAOP	1	1	1	1	0	0	63	1,38	26,81272387	0	0	Amputação MI	neo cirurgico
77	M	claudicação	DAOP	1	0	1	1		13	80	1,74	26,42326982	0	0		neo cirurgico
80	F	parastias	DAOP	1	1	0	1	0	0	63	1,48	29,27796043	0	0		neo cirurgico
69	M	claudicação	DAOP	1	0	1	0		40	86	1,71	29,41073887	0	2		neo cirurgico
42	F	dor MI	Varizes MI	0	0	0	0	20	0	73	1,63	28,22838647	1	6		cirurgico
78	M	consulta PO	Varizes MI	1	0	1	1		13	84	1,74	27,74474832	0	1		neo cirurgico
59	M	dor MI	Varizes MI	0	1	1	0		10	69	1,7	23,87343283	1	9		cirurgico
83	F	claudicação	DAOP	1	0	1	0	0	0	74	1,36	30,40762636	0	0		neo cirurgico
73	M	claudicação	DAOP	0	0	1	1		20	93	1,8	29,32086763	0	2	bypass vascular periferico	neo cirurgico
81	M	consulta PO	DAOP	1	0	1	0		40	86	1,73	28,09163263	0	0	bypass + amputação	neo cirurgico
63	M	Consulta PO	DAOP	1	1	0	1		25	76	1,68	26,92743764	0	2	endarterectomia	neo cirurgico
52	M	claudicação	DAOP	1	1	1	1		30	80	1,71	27,33884346	0	0		neo cirurgico
58	M	Consulta PO	DAOP	1	0	1	1		33	79	1,74	26,0932732	1	3	endarterectomia	neo cirurgico
73	M	Consulta PO	AA	1	0	0	1		40	76	1,69	26,60971233	0	2	bypass vascular periferico	neo cirurgico
71	F	Alterações consciencia	DCVEC	1	1	1	1	0	0	70	1,33	29,13631634	0	3		cirurgico
55	F	claudicação	TVP	1	0	1	0	20	0	70	1,62	26,6727633	1	6		neo cirurgico



Bloco Operatório

Género	Cirurgia
M	Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço
M	Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço
M	Simpaticectomia cervical
M	Shunt ou bypass vascular periférico
F	Shunt ou bypass vascular periférico
F	Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço
M	Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço
M	Bypass Aortico-iliaco-femoral
M	Shunt ou bypass vascular periférico
M	Shunt ou bypass vascular periférico
M	Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço
F	Revisão de coto de amputação
M	Amputação do MI acima do joelho
F	Amputação do MI acima do joelho
F	Amputação do MI acima do joelho
M	Amputação do MI acima do joelho
M	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
M	Revisão de coto de amputação
F	Amputação de dedo do pé
M	Amputação do MI acima do joelho
M	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
M	Amputação do MI abaixo do joelho
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
M	Amputação do MI acima do joelho
F	Amputação de dedo do pé
M	Shunt ou bypass vascular periférico
M	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Angioplastia ou Aterectomia de vaso não coronário
F	Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço
M	Implante Endovascular de enxerto na Aorta abdominal
M	Revisão de coto de amputação
M	Endarteriectomia dos vasos da cabeça e do pescoço
M	Angioplastia ou Aterectomia de vaso não coronário
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
M	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
M	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI
F	Laqueação e Stripping de Varizes dos MI

Serviço de Urgência

Sexo	Idade	Triagem	Queixa Principal	HTA	Fumador	Cx Vasc. Prévias	Dça Cardiovasc.	Alta	Orientação Médica	Dx de Saída	Cx Urgente	Ecodoppler requeridos	Angiografia
F	70	Laranja	Lesões tróficas MI	1	1	1	1	0	Internamento Cirurgia vascular	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades	0	1	0
M	49	Amarelo	Claudicação	1	1	0	0	1	Médico de Família	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades	0	1	0
M	53	verde	Dor	1	1	4	1	0	Internamento Cirurgia vascular	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades	0	1	1
M	84	Verde	Claudicação	1	0	0	1	0	Internamento Cirurgia vascular	Embolia e Trombose de artérias dos MIs	1	1	1
M	77	Amarelo	Dor	1	1	0	1	0	Internamento Cirurgia vascular	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades	0	1	1
M	80	Amarelo	Dor	1	0	0	0	1	CE Cirurgia vascular	Úlcera venosa	0	0	0
M	56	Laranja	Lesões tróficas MI	0	1	0	0	0	Internamento Cirurgia vascular	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades	0	1	1
M	85	Laranja	Lesões tróficas MI	0	0	0	0	1	Médico de Família	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades	0	1	0
M	76	Amarelo	Dor	1	1	0	0	0	CE Cirurgia vascular	DAOP	0	1	0
M	73	Amarelo	Dor	1	0	0	0	1	Médico de Família	Erisipela	0	1	0
F	60	Amarelo	Dor	0	0	0	1	1	Médico de Família	NÃO DEFINIDO	0	1	0
F	85	Laranja	Claudicação	1	1	0	1	0	Médico de Família	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades	0	1	0

Internamento

Sexo	Idade	HTA	DM	Dislipidemia	Dpac. Cardiovascular	Fumador	Anos de fumador	Tratamento	Intimamentos ACV	Queixa Principal	Diagnóstico	Proveniência	Complicações
M	32	0	0	0	1	1	27	Bypass femoro distal esquerdo	0	Claudicação	Reiso	Urgência CV	TVP
M	62	1	1	1	1	1	21	Endarterectomia carotídes direita	0	Distonia	DAOP	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	73	1	0	1	1	0	0	Antibioterapia dirigida	0	Lesões Tróficas	úlceras	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	72	1	1	1	1	1	33	Bypass axilo-femural esquerdo	0	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Descumprimento DM
M	22	0	0	0	0	0	0	Embolização de Aneurisma	0	Dor em repouso	Reiso	Internamento Medicina	Sem intercorrências
M	39	1	0	0	0	1		Bypass Vascular Periférico	0	Parestesias	DAOP	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	72	1	1	1	0	0	0	Bypass Vascular Periférico	0	Dor em repouso	DAOP	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	70	1	1	1	0	0		Angioplastia	0	Dor em repouso	DAOP	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	76	1	0	1	1	0		Bypass Vascular Periférico	2	Claudicação	DAOP	Consulta externa CV	Febre
M	66	1	1	1	1	0	0	Encerramento de RAV	4		RC	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	60	1	1	1	1	1	48	Bypass Vascular Periférico	0	Dor em repouso	DAOP	Consulta externa CV	Febre
M	62	1	0	0	1	1	33	Bypass Aorta	0	Tumefação pulsátil	Aneurisma	Urgência CV	Sem intercorrências
M	48	1	0	0	0	1	29	Bypass Vascular Periférico	0	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Sem intercorrências
M	70	1	0	1	1	1	40	Amputação	2	Parestesias	DAOP	Consulta externa CV	Febre
M	70	0	1	1	0	0		Antibioterapia dirigida	3	Lesões Tróficas	Infecção pós-	Urgência CV	Infecção local cirúrgica
M	57	1	0	1	1	1	13	Endarterectomia carotídes esquerda	2	Alteração do estado	AVC	Urgência CV	Sem intercorrências
M	49	1	1	1	1	0		Tromboembolia	2	Parestesias	DAOP	Urgência CV	Sem intercorrências
M	34	0	1	1	0	1	33	Amputação de dedo do pé	1	Lesões Tróficas	DAOP	Urgência CV	Descumprimento DM
F	74	1	1	1	1	0		Bypass Vascular Periférico	4	Dor em repouso	DAOP	Consulta externa CV	Descumprimento DM
F	77	0	1	1	1	0		Angioplastia	2	Lesões Tróficas	Úlcera venosa	Consulta externa CV	Sem intercorrências
F	38	1	0	1	1	0		Bypass Aorta	4	Tumefação pulsátil	Aneurisma	Urgência CV	Sem intercorrências
F	58	1	0	1	1	0		Tromboembolia	2	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Palpitações
F	64	1	1	1	1	0		Antibioterapia dirigida	1	Lesões Tróficas	Úlcera venosa	Urgência CV	Sem intercorrências
F	83	1	1	1	1	1	20	Bypass Vascular Periférico	1	Dor em repouso	DAOP	Consulta externa CV	Dor
F	78	1	0	0	1	0		Antibioterapia dirigida	2	Lesões Tróficas	DAOP	Urgência CV	Sem intercorrências
F	47	0	1	1	0	0		Bypass Vascular Periférico	2	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Descumprimento DM
M	66	1	0	1	1	1	13	Bypass Vascular Periférico	1	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Dor
M	38	1	0	0	1	1	43	Bypass Vascular Periférico	2	Claudicação	DAOP	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	33	1	0	1	1	1	30	Amputação MI	3	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Dor
M	70	0	1	1	1	0		Heparina endovenosa	0	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Sem intercorrências
M	72	1	0	1	1	0		Endarterectomia carotídes esquerda	1	Cefaleias	DAOP	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	62	1	0	0	0	0		Endarterectomia carotídes esquerda	0	Alteração do estado	AIT	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	60	1	1	1	1	1	44	Tromboectomia e Bypass	1	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Febre
M	69	0	0	0	0	0		Heparina endovenosa	0	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Sem intercorrências
M	83	1	1	1	1	1	32	Bypass Aorta	3	Tumefação pulsátil	Aneurisma	Consulta externa CV	Sem intercorrências
M	70	1	0	1	1	1	33	Amputação MI	0	Lesões Tróficas	DAOP	Urgência CV	Dor
M	73	0	0	0	1	1	43	Amputação MI	4	Dor em repouso	DAOP	Urgência CV	Morte
M	34	0	1	1	0	0		Amputação dedo do pé	2	Lesões Tróficas	DAOP	Urgência CV	Descumprimento DM
F	78	1	0	1	0	1	33	Amputação MI	2	Lesões Tróficas	DAOP	Urgência CV	Sem intercorrências
F	47	0	1	1	1	0		Amputação MI	1	Dor em repouso	DAOP	Internamento Medicina	Sem intercorrências
F	80	1	0	0	1	0		Antibioterapia dirigida	1	Dor em repouso	DAOP	Internamento Medicina	Sem intercorrências
F	83	1	1	1	1	0		Angioplastia	0	Dor em repouso	DAOP	Consulta externa CV	Febre
F	61	1	1	1	1	0		Amputação MI	2	Lesões Tróficas	DAOP	Internamento Medicina	Sem intercorrências
F	67	1	1	1	0	0		Endarterectomia Carotídes esquerda	0	Alteração do estado	AIT	Consulta externa CV	Sem intercorrências
F	34	1	1	1	0	0		Antibioterapia dirigida	1	Lesões Tróficas	Úlcera venosa	Urgência CV	Descumprimento DM