



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Tiago Manuel Venâncio Meirinhos
Relatório de Estágio Profissionalizante em Cirurgia

Maio, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Tiago Manuel Venâncio Meirinhos
Relatório de Estágio Profissionalizante em Cirurgia

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Cirurgia

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Professor Dr. António Ferrão

Maio, 2011

FMUP

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Eu, Tiago Manuel Venâncio Meirinhos, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801106, estudante 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, ___/___/_____

Assinatura: _____

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2010/2011

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Tiago Manuel Venâncio Meirinhos

Endereço electrónico: tiagomeirinhos@gmail.com **Telefone ou Telemóvel:** 912334001

Número do Bilhete de Identidade: 13020463

Título do Relatório de Estágio Profissionalizante: Relatório de Estágio Profissionalizante em Cirurgia

Orientador:

António Cândido Figueiredo Pereira Ferrão

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Cirurgia

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio Profissionalizante para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Ao longo da construção deste relatório de estágio, foram muitas as pessoas cuja contribuição foi essencial para o seu sucesso. Sem essas pessoas, a tarefa teria sido bem mais complicada e, como tal, uma palavra de agradecimento terá que ser proferida.

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Dr. António Ferrão pela pronta disponibilidade demonstrada em orientar o meu relatório de estágio, sempre evidenciada por sugestões e incentivos ao meu trabalho, permitindo o desenvolvimento do mesmo de forma gradual e com melhoramento progressivo.

Agradeço, também, à minha tutora do estágio de Cirurgia Geral, Dra. Liseta Gomes. Graças a ela, tive oportunidade de adquirir muitas competências e conhecimentos que jamais esquecerei. Com ela aprendi como deverá ser a relação médico-doente, uma vez que foi certamente uma tutora que me marcou pelo modo como pratica a medicina no dia-a-dia.

Deixo, também, uma palavra de agradecimento a todo o pessoal médico e não médico com quem tive o prazer de contactar ao longo do estágio. Todos eles deram um contributo importante para o trabalho final aqui apresentado e contribuíram para que o meu estágio decorresse da melhor maneira.

Por fim, agradeço aos meus pais e à Susana pela paciência e compreensão demonstradas, bem como pelo apoio constante. Sem o suporte emocional por eles oferecido tudo teria sido, certamente, mais difícil.

Resumo

Este relatório de estágio pretende descrever, de forma obrigatoriamente sucinta mas que se quer objectiva, as actividades desenvolvidas e experiências pessoais e profissionais vividas ao longo do estágio de Prática Clínica de Cirurgia, no Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E., e nos Serviços de Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Cirurgia Pediátrica do Centro Hospitalar de S. João E.P.E.

Neste relatório propomo-nos, também, fazer a caracterização desses mesmos serviços atendendo às especificidades próprias de cada um enquanto enquadrados em ambientes socioeconómicos muito diversos.

Realçaremos, ainda, o estudo efectuado, que descreve a casuística relativa aos doentes internados no Serviço de Cirurgia Geral do CHNE E.P.E. com motivo de internamento por Hemorragia Digestiva. No mesmo estudo são analisados alguns parâmetros relacionados com esta patologia, tais como a etiopatogenia da hemorragia, valor de hemoglobina na admissão e idade dos doentes.

No final do estágio, constata-se que esta foi uma oportunidade impar para adquirir competências pessoais e clínicas através da experiência transmitida pelos diversos tutores, bem como do contacto com os doentes das diversas áreas cirúrgicas. As aptidões adquiridas serão, certamente, muito úteis para o futuro do aluno, como pessoa e como médico.

A realização do estágio de Cirurgia Geral num centro hospitalar de média dimensão (CHNE-Bragança) possibilitou, ainda, o conhecimento de uma dinâmica de trabalho diferente dos Hospitais Centrais enriquecendo, desta forma, a formação do aluno.

Abstract

This internship report aims to describe, in a brief but objective way, the developed activities and personal and professional experiences during the Surgical Clinical Practice internship in the General Surgery Department of the Northeastern Hospital Center, and the Pediatric, Thoracic, Vascular, and Plastic Surgery Department of São João Hospital Center.

In this report we also intend to characterize these Departments, given the specificities of each, while framed in very different socio-economic environments.

We also highlight our study, which describes a series of patients hospitalized in the Department of General Surgery at the Northeastern Hospital Center, due to gastrointestinal bleeding. In the same study, we analyzed several parameters related to this pathology, such as the etiopathology of the bleeding, hemoglobin value on admission, and patient age.

By the end of the internship, we can conclude this was a unique opportunity to acquire personal and clinical skills, through the experience transmitted by different tutors, and the contact with patients of various surgical areas. The acquired skills will certainly be most useful for the student's future as a person and a doctor.

The opportunity for the internship in the General Surgery Department at an average size hospital (Northeastern Hospital Center) allowed the knowledge of a different type of work dynamics than the one at central hospitals, thus enriching the education of the student.

Índice

1. Siglas e abreviaturas	6
2. Tabelas e figuras	7
3. Introdução	8
4. Objectivos	9
5. Caracterização dos serviços	10
5.1. Caracterização do Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E	10
5.1.1. Estrutura física e serviços disponibilizados	10
5.1.2. Comunidade abrangida	11
5.1.3. Departamento de Cirurgia	12
5.1.3.1. Estrutura física e serviços disponibilizados	12
5.1.3.2. Unidade de Cirurgia Geral de Bragança	13
5.1.3.3. Recursos humanos da Unidade de Bragança	14
5.2. Caracterização do Centro Hospitalar de São João E.P.E	15
5.2.1. Estrutura física e serviços disponibilizados	15
5.2.2. Comunidade abrangida	15
5.2.3. Caracterização do Pólo do Porto do CHSJ E.P.E	16
6. Actividades desenvolvidas	18
6.1. Actividades desenvolvidas no Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E	18
6.1.1. Consulta externa	19
6.1.2. Bloco operatório	20
6.1.3. Serviço de Urgência	21
6.1.4. Internamento	21
6.1.5. Caderneta de estágio	22
6.1.6. Sessões de formação	22
6.1.7. Casuística dos doentes internados com Hemorragia Digestiva	26
6.2. Actividades desenvolvidas no Centro Hospitalar de São João E.P.E	26
6.2.1. Estágio de Cirurgia Torácica	26
6.2.2. Estágio de Cirurgia Vascular	28
6.2.3. Estágio de Cirurgia Pediátrica	30
6.2.4. Estágio de Cirurgia Plástica	31
7. Considerações finais	34

8. Anexos	36
9. Apêndices	94

1. Siglas e Abreviaturas

AINES – Anti-Inflamatórios Não Esteróides

BO – Bloco Operatório

CE – Consulta Externa

CG – Cirurgia Geral

CHNE – Centro Hospitalar do Nordeste

CPD – Cirurgia Pediátrica

CPL – Cirurgia Plástica

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

CT – Cirurgia Torácica

CV – Cirurgia Vascular

EAD – Exames Auxiliares de Diagnóstico

EH – Estudos Hemodinâmicos

E.P.E. – Entidade Publica Empresarial

HB – Hemoglobina

HD – Hemorragia Digestiva

HDA – Hemorragia Digestiva Alta

HDB – Hemorragia Digestiva Baixa

INT – Internamento

PC – Pequena Cirurgia

RS – Reunião de Serviço

RX – Radiografia

SU – Serviço de Urgência

TC – Tomografia Computorizada

UCA – Unidade de Cirurgia no Ambulatório

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UEI – Unidade de Ecografia de Intervenção

2. Tabelas e figuras

Tabelas:

Tabela 1. Distribuição semanal dos estágios

Tabela 2. Distribuição de serviços pelas Unidades de CG do CHNE E.P.E.

Tabela 3. Distribuição diária dos serviços na Unidade de Cirurgia Geral de Bragança

Tabela 4. Distribuição diária das actividades no estágio de Cirurgia Geral

Tabela 5. Sessões de formação no estágio de Cirurgia Geral

Tabela 6. Distribuição diária no estágio de Cirurgia Torácica

Tabela 7. Distribuição diária no estágio de Cirurgia Vascular

Tabela 8. Distribuição diária no estágio de Cirurgia Pediátrica

Tabela 9. Distribuição diária no estágio de Cirurgia Plástica

Figuras:

Figura 1. Pirâmide etária do distrito de Bragança

3. Introdução

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Projecto de Opção” do 6ºano do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, no ano lectivo 2010/2011, e descreve o estágio realizado na cadeira de Prática Clínica de Cirurgia. Este estágio tem a duração de 8 semanas, 4 das quais passadas no Serviço de Cirurgia Geral (CG), e as restantes 4 semanas divididas pelos Serviços de Cirurgia Torácica (CT), Vascular (CV), Pediátrica (CPD) e Plástica (CPL).

O estágio de Cirurgia Geral foi realizado no Centro Hospitalar do Nordeste – Unidade de Bragança (CHNE E.P.E.). Os restantes estágios foram realizados no Centro Hospitalar de S. João E.P.E (CHSJ E.P.E.).

Ao longo deste relatório serão tidos como objectivos principais a caracterização dos serviços pelos quais o aluno passou ao longo do estágio de Prática Clínica de Cirurgia, atendendo às especificidades próprias de cada um, principalmente o Serviço de Cirurgia Geral do CHNE E.P.E., pelo diferente enquadramento socioeconómico em que se encontra, em comparação com o Hospital onde o aluno frequentou todo o restante curso de Medicina (CHSJ E.P.E.).

Serão, também, abordadas, resumidamente, as actividades realizadas ao longo dos vários estágios. As actividades desenvolvidas consistiram em trabalho diário de internamento (INT), bloco operatório (BO), consulta externa (CE), serviço de urgência (SU) e exames auxiliares de diagnóstico (EAD), actividades sempre tuteladas. Ao longo do estágio o aluno teve, ainda, a oportunidade de assistir a várias sessões formativas e reuniões dos diversos serviços, onde foi possível assistir à discussão de variados temas e casos clínicos. Durante o estágio de Cirurgia Geral no CHNE ocorreram duas prelecções teóricas subordinadas aos temas Comunicação Clínica e, também, Dor, leccionadas pelo Professor Dr. António Ferrão.

Ao longo do estágio de CG, chamou particular atenção ao aluno a problemática dos doentes internados no CHNE com Hemorragia Digestiva (HD). Esta patologia reveste-se de particular importância no universo de todos os doentes internados no mesmo serviço, uma vez que os meios ao dispor dos clínicos são escassos, nomeadamente a endoscopia de emergência, que nem sempre está disponível. Nesse sentido, foi elaborado um estudo de casuística no qual serão avaliados factores relacionados com os doentes, como a idade e o sexo, bem como factores relacionados com a Hemorragia Digestiva propriamente dita, tais como o valor de Hemoglobina na admissão e a causa da Hemorragia.

4. Objectivos

Foram objectivos deste relatório:

- Descrever e caracterizar os serviços onde foram realizados os estágios;
- Descrever, resumidamente, as actividades realizadas ao longo dos estágios;
- Indicar quais as principais aptidões clínicas desenvolvidas, e o impacto das mesmas na formação do aluno, como pessoa e como estudante de Medicina;
- Reflectir sobre a importância do contacto com hospitais do interior do país no ensino pré-graduado dos estudantes de Medicina;
- Elaborar um estudo de casuística dos doentes internados durante o estágio no Serviço de Cirurgia Geral do CHNE E.P.E., com motivo de internamento de Hemorragia Digestiva.

5. Caracterização dos Serviços

O estágio decorreu entre os dias 28 de Fevereiro e 29 de Abril de 2011. O estágio de Cirurgia Geral decorreu no Serviço de Cirurgia Geral do CHNE entre os dias 28 de Fevereiro e 25 de Março. O estágio de Cirurgia Torácica decorreu no CHSJ E.P.E. entre os dias 28 de Março e 1 de Abril. O estágio de Cirurgia Vascular decorreu no CHSJ E.P.E. entre os dias 4 e 8 de Abril. O estágio de Cirurgia Pediátrica decorreu no CHJS E.P.E. entre os dias 11 e 15 de Abril. O estágio de Cirurgia Plástica decorreu no CHSJ E.P.E. entre os dias 26 e 29 de Abril.

Tabela 1. Distribuição semanal dos estágios

Semana	Estágio	Semana	Estágio
Semana 1 (28/02 - 04/03)	Cirurgia Geral (CHNE E.P.E)	Semana 5 (28/03 - 01/04)	Cirurgia Torácica (CHSJ E.P.E.)
Semana 2 (07/03 - 11/03)	Cirurgia Geral (CHNE E.P.E)	Semana 6 (04/04 - 08/04)	Cirurgia Vascular (CHSJ E.P.E.)
Semana 3 (14/03 - 18/03)	Cirurgia Geral (CHNE E.P.E)	Semana 7 (11/04 - 15/04)	Cirurgia Pediátrica (CHSJ E.P.E.)
Semana 4 (21/03 - 25/03)	Cirurgia Geral (CHNE E.P.E)	Semana 8 (25/04 - 29/04)	Cirurgia Plástica (CHSJ E.P.E)

5.1 CHNE E.P.E.

5.1.1 Estrutura física e serviços disponibilizados

O CHNE E.P.E. foi criado em 2005 através do Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro. Com este diploma, ficam agrupados o antigo Hospital Distrital de Bragança S.A., o Hospital Distrital de Mirandela S.A. e o Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros S.A. A criação do CHNE E.P.E. teve como objectivo a procura de uma melhor qualidade e equidade na prestação dos cuidados aos utentes do distrito de Bragança. De certa forma, procurou-se a união de esforços por parte dos 3 hospitais previamente existentes, de forma a maximizar os recursos disponíveis, procurando uma utilização dos mesmos de forma eficaz e racional, sempre com o objectivo de prestar melhores cuidados de saúde à população do distrito de Bragança.

O CHNE E.P.E. tem a sua sede social na cidade de Bragança, Avenida Abade de Baçal, 5301 – 852, Bragança.

O CHNE E.P.E. presta serviços de CE, SU, INT, BO, EAD e Hospital de Dia. Os serviços prestados pelo CHNE E.P.E. podem ser consultados no Anexo I, e o organograma da instituição no Apêndice I.

5.1.2 Comunidade abrangida

Para o CHNE E.P.E. drenam um total de 12 municípios, representando, aproximadamente, 140 mil pessoas.

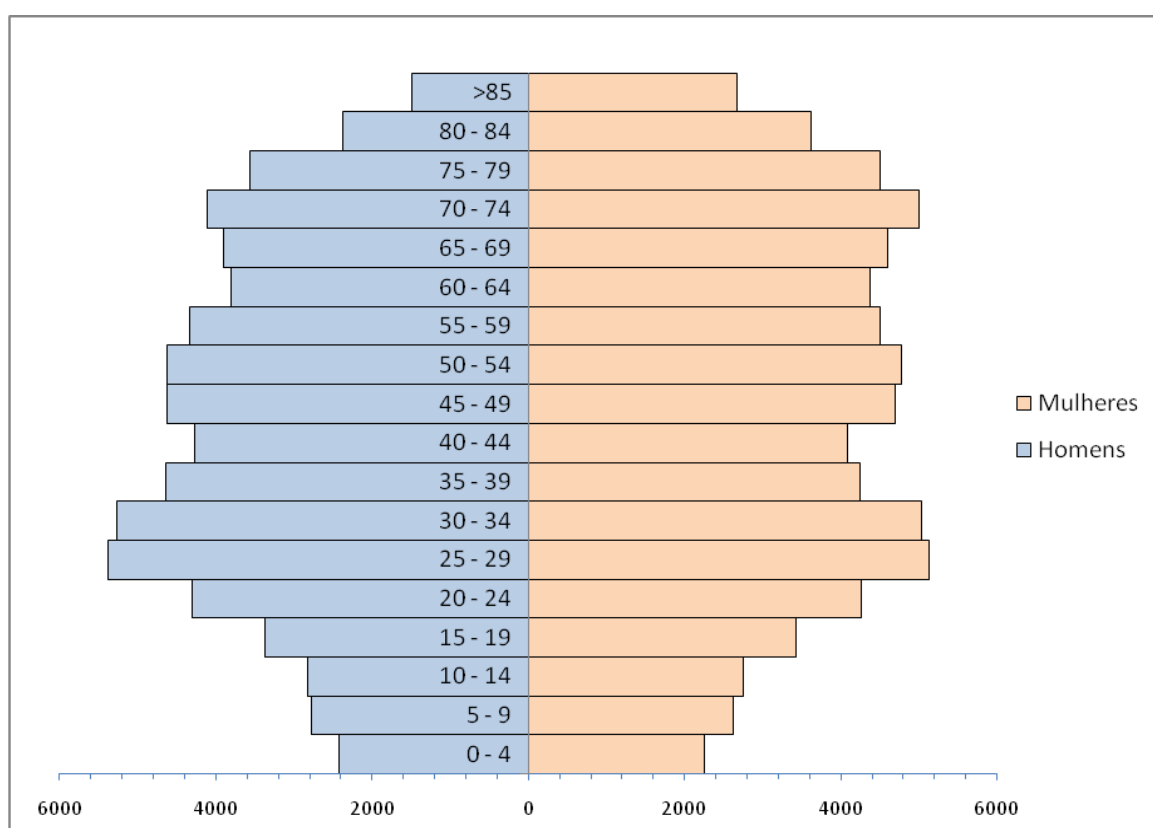


Figura 1. Pirâmide etária do distrito de Bragança

A pirâmide demográfica do Distrito de Bragança caracteriza-se por uma base estreita que alarga e vai estreitando até ao topo, embora mantendo sempre uma dimensão relevante. Trata-se, portanto, de uma pirâmide que denota uma taxa de natalidade baixa e um aumento da esperança média de vida mostrando, assim, uma população envelhecida, perceptível no aumento do volume populacional na população mais idosa.

5.1.3 Departamento de Cirurgia do CHNE E.P.E.

5.1.3.1 Estrutura física e serviços disponibilizados

O Departamento de Cirurgia do CHNE E.P.E. tem como director o Professor Dr António Ferrão, e é dividido nos Serviços de CG, Otorrinolaringologia, Urologia e Estomatologia.

O Departamento de CG presta serviços nas áreas de INT, BO, CE, SU, PC e UEI. Estes serviços são prestados nas 3 unidades, Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela.

Tabela 2. Distribuição de serviços pelas Unidades de CG do CHNE E.P.E.

	Unidade Bragança	Unidade Macedo de Cavaleiros	Unidade Mirandela
Internamento	x		x
Consulta Externa	x	x (Quintas - feiras)	x
Bloco Operatório	x		x (Cirurgia de ambulatório)
Pequena Cirurgia	x (Sextas - feiras)	x (Quintas - feiras)	x
Serviço de Urgência	x		x
Unidade de Ecografia de Intervenção	x		

A unidade de Cirurgia Geral de Mirandela presta serviços de INT, BO, CE, SU e PC, tendo um total de 36 camas de internamento. Diferentemente da unidade de CG de Bragança, em Mirandela são realizadas essencialmente cirurgias de ambulatório. É também na unidade de Cirurgia Geral de Mirandela que se localiza a Unidade de Patologia Mamária do CHNE E.P.E. recentemente inaugurada.

A unidade de Cirurgia Geral de Macedo de Cavaleiros presta essencialmente serviços de PC e CE, e apenas às quintas – feiras.

5.1.3.2 Unidade de CG de Bragança

Todo o meu estágio de Cirurgia Geral foi efectuado na Unidade de Cirurgia Geral de Bragança. Esta unidade presta serviços de INT, BO, SU, CE, PC e UEI. Em relação ao serviço de internamento, a unidade de Bragança dispõe de um total de 45 camas, distribuídas por duas alas presentes no piso 1 do edifício central do CHNE – Bragança; ala masculina com 21 camas e ala feminina com 24 camas. Para além das camas destinadas aos doentes em regime de internamento, ambas as alas contam com outras infra-estruturas; assim, na ala das mulheres encontra-se o gabinete do Director de Serviço, sala de enfermagem, sala de tratamentos, arrumos gerais, quarto do médico de permanência, WC dos doentes e WC do pessoal. Na ala dos homens, para além das camas para os doentes em regime de internamento, encontram-se também a sala de enfermagem, sala de tratamentos, WC dos doentes, copa e vestiário do pessoal; é, também, na ala dos homens que se situa a sala do pessoal médico onde decorrem, habitualmente, as reuniões de serviço, todas as quartas feiras, após a visita geral ao serviço. A planta da Unidade de CG de Bragança pode ser consultada no Apêndice II.

O BO da Unidade de Bragança funciona todos os dias úteis, ocupando uma das duas salas disponíveis. Nas quartas-feiras funciona apenas durante o período da tarde. Em anexo encontra-se a planta de todo o Piso 1, onde poderão ser vistas as instalações do INT, bem como do BO.

O SU de CG da unidade de Bragança funciona todos os dias, 24h por dia, e ocupa uma sala do renovado Serviço de Urgência do CHNE. Esta sala está equipada com todo o material cirúrgico necessário para doentes urgentes. A unidade tem, também, BO de urgência sempre disponível. O SU tem, ainda, disponíveis meios radiológicos (RX e TC) e análises clínicas. O restante Serviço de Urgência dispõe, também, de sala de observações e cuidados intensivos, ao dispor do SU de CG.

Em relação às instalações físicas disponíveis para a CE, consistem em duas salas de consulta (gabinetes 4 e 8) e um gabinete de tratamentos onde se efectua, também, a PC. Na unidade de Bragança existem CE todos os dias úteis da semana, excepto à quarta-feira. As consultas ocorrem, geralmente, no período da manhã. A PC funciona todas as sextas-feiras, com presença de pelo menos um cirurgião e um enfermeiro. A sala destinada à PC dispõe de todos os meios necessários à realização de pequenas cirurgias.

Tabela 3. Distribuição diária dos serviços na Unidade de CG de Bragança

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Internamento	x	x	x	x	X
Consulta Externa	x	x		x	X
Bloco Operatório	x	x	x (apenas de tarde)	x	X
Pequena Cirurgia					X
Serviço de Urgência (BO disponível)	x	x	x	x	X
Unidade de Ecografia de Intervenção	x	x	x	x	X
Reunião de Serviço e visita geral ao Serviço			x (durante a manhã)		

5.1.3.3 Recursos Humanos da Unidade de Bragança

A unidade de Cirurgia Geral de Bragança encontra-se dividida em 4 unidades funcionais:

- Grupo de Patologia Esófago-Gástrica, ao qual pertencem o Dr. Jorge Cury, o Dr. Hermano e o Dr. Leonel.
- Grupo de Patologia Hepato-Bilio-Pancreática, do qual fazem parte o Dr. Júlio Novo, o Dr. Paulo Silva e a Dra. Ana Simões.
- Grupo de Patologia de Mama e Endócrino, ao qual pertencem o Professor Dr. António Ferrão, a Dra. Liseta Gomes, o Dr. Pelicano e a Dra. Lilia.

- Grupo de Patologia Colo-Rectal, do qual fazem parte a Dra. Hermínia, o Dr. Diego Perez e o Dra. Julia Granda.

Para além dos especialistas, a Unidade de CG de Bragança conta ainda com 3 internos complementares, dois de CG e um de Ortopedia, e ainda 3 internos de ano comum.

Em relação ao restante pessoal, a Unidade de CG de Bragança tem uma equipa de 14 enfermeiros na ala das mulheres e 13 na ala dos homens. Existem, também, 9 auxiliares de acção médica para as duas alas.

5.2 CHSJ E.P.E.

5.2.1 Estrutura física e serviços disponibilizados

O Centro Hospitalar de São João, EPE, foi criado no dia 1 de Abril de 2011, e resulta da fusão do Hospital de São João e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo.

Esta fusão teve como grande objectivo o melhoramento da prestação de cuidados de saúde à população, através de uma política de concentração de recursos, garantindo uma maior facilidade de acesso e uma diversificação dos serviços prestados. Esta fusão teve, ainda, como consequência a redução da estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde, possibilitando a redução das estruturas de gestão e potenciando a organização integrada, o que, em última instância, tornará a gestão hospitalar mais eficiente, sempre com benefício para a população.

O CHSJ E.P.E. tem a sua sede social na cidade do Porto, na Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto.

5.2.2 Comunidade abrangida

O CHSJ E.P.E. presta serviços a uma comunidade de cerca de 3 milhões de pessoas, através da assistência directa a parte da cidade do Porto (Freguesias de Paranhos, Bonfim, Campanhã e Aldoar) e concelhos limites (excepto Gondomar e Matosinhos); serve, também, como centro de referência para os distritos do Porto (excepto os concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canavezes), Braga e Viana do Castelo.

5.2.3 Caracterização do Pólo do Porto do CHSJ E.P.E.

4 Semanas do meu estágio decorreram no Pólo do Porto do CHSJ E.P.E., nos serviços de Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Plástica.

O pólo do Porto do CHSJ EPE é constituído por um edifício com 11 pisos, 2 dos quais se encontram no sub-solo, e por um conjunto de edifícios satélites. No edifício principal são prestados serviços de Internamento, Urgência, Bloco Operatório, Laboratórios e Imagiologia, Hoteleiros e a maioria dos serviços administrativos e de gestão. Nos edifícios externos estão localizados o Centro de Ambulatório, que inclui as Consultas Externas, Hospitais de Dia e, também, a unidade de Cirurgia do Ambulatório.

O Pólo do Porto do CHSJ EPE tem uma lotação oficial de 1124 camas e presta serviços em várias especialidades médicas e cirúrgicas (anexo II).

Os serviços nos quais decorreu o estágio têm as suas instalações dispersas pelo pólo do Porto do CHSJ E.P.E.

Serviço de CT: localiza-se no 7º e 8º piso da ala ponte, e tem como director de serviço o Dr. Paulo Pinho. As suas instalações são constituídas por enfermaria, gabinetes para CE, salas para EAD, salas de trabalho geral, UCI, 3 salas de BO e, ainda, uma unidade de recobro. Trata-se, portanto, de uma unidade que concentra todos os serviços no mesmo local físico, ao contrário dos restantes serviços onde o aluno realizou estágio no CHSJ E.P.E.

Serviço de CV: a 6ª semana do estágio decorreu neste serviço, que tem o Professor Doutor Roncon de Albuquerque como director de serviço. O serviço localiza-se no 5º piso, embora esteja em processo de mudança para o 9º piso do hospital. No serviço encontram-se os serviços de INT, biblioteca e, ainda, salas de trabalho geral. O serviço de CV utiliza uma sala do bloco central do pólo do Porto do CHSJ E.P.E. e utiliza o centro de ambulatório para a realização das CE, dispondo de 2 salas. O serviço conta, ainda, com duas salas para realização de EAD num espaço contíguo ao serviço, no 5º piso. O SU é efectuado nas instalações da urgência geral, em regime de chamada, 24 horas por dia.

Serviço de CPD: localiza-se no piso 01, e o director de serviço é o Dr. António Bessa Monteiro. Neste piso encontram-se os serviços de INT e BO, este último que consiste em duas salas; aqui existem, ainda, uma biblioteca e salas de trabalho geral. O SU coexiste na

urgência de pediatria, onde dispõe de uma sala. As CE localizam-se no centro de ambulatório, onde o serviço tem, geralmente, 3 salas disponíveis.

Serviço de CPL: está localizado no Piso 7, e o director de serviço é o Dr. Álvaro Silva. Aqui encontram-se os serviços de INT, para além de dispor ainda de salas de trabalho geral e biblioteca. Neste piso está, também, localizada a Unidade de Queimados, na qual o aluno esteve presente. O serviço de CPD utiliza o centro de ambulatório para a realização de CE, contando habitualmente com 3 salas disponíveis. Quanto ao BO, o serviço utiliza, habitualmente, duas salas do Bloco Central. O serviço de SU é prestado nas instalações da urgência geral, em regime de chamada, 24 horas por dia.

6. Actividades Desenvolvidas

6.1 Actividades Desenvolvidas no CHNE E.P.E.

O meu estágio de CG teve como orientador o Professor Dr. António Ferrão, e como tutora a Dra. Liseta Gomes.

A planificação semanal das actividades da minha tutora era a seguinte:

Tabela 4. Distribuição diária das actividades no estágio de CG

Segunda - feira	Terça - feira	Quarta - feira	Quinta - feira	Sexta - feira
SU	CE	RS, BO (período da tarde)	BO (Unidade de Mirandela)	BO
INT	INT	INT		INT

Ao longo do estágio de CG foi-me dada a possibilidade não só de conhecer as actividades desenvolvidas pela Unidade de CG de Bragança, bem como de ser parte activa em muitas delas. Assim, ao longo das 4 semanas em que o estágio decorreu, foram várias as vezes em que tive oportunidade de contribuir activamente para a realização de variadas tarefas, o que enriqueceu em grande parte a minha formação, nomeadamente no que diz respeito à componente prática do ensino, muitas vezes negligenciada ao longo do curso.

Destaco, ainda, a aprendizagem de variados conhecimentos e realização de práticas de enfermagem que até então nunca tinha tido a oportunidade de realizar.

De facto, considero que no estágio de CG na Unidade de CG do CHNE E.P.E. me foram oferecidas condições únicas para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, uma vez que foram constantes as oportunidades em que pude por em prática conhecimentos e técnicas que nunca havia antes realizado, e que me tornaram um estudante de Medicina melhor preparado para os desafios que aí virão. É, por isso, de louvar a oportunidade oferecida aos estudantes de 6º ano de Medicina, de realizar um estágio de CG no CHNE E.P.E., uma vez que é óbvio o contributo formativo oferecido por este estágio.

6.1.1 Consulta externa

Ao longo das 4 semanas, estive presente nas CE todas as terças-feiras, o que totalizou 4 presenças. A primeira impressão que tive desta actividade foi a variedade de patologias abrangidas, algo que ao longo da minha formação nunca tinha presenciado. De facto, na Unidade de CG de Bragança, é possível por em prática muitas das áreas do conhecimento médico/cirúrgico, o que exige do pessoal médico um vasto leque de conhecimentos e ao mesmo tempo especialização, de forma a corresponder sempre da melhor forma às necessidades dos doentes e das suas patologias.

O motivo de consulta mais prevalente foi as consultas de pós-operatório, o que ilustra bem o elevado volume operatório da minha tutora e da Unidade de CG de Bragança.

As patologias cirúrgicas mais observadas foram hérnias inguinais, insuficiência venosa dos membros inferiores, litíase biliar, patologia mamária e, também, tiroideia. Assisti, igualmente, a consultas de pequena cirurgia (PC), nas quais se procedia à remoção de lesões cutâneas e, também, a consultas de patologia cirúrgica pediátrica.

Uma percentagem importante das consultas foi representada pelas primeiras consultas, referenciadas dos Cuidados de Saúde Primários ou de outras especialidades hospitalares. Tive a possibilidade de efectuar uma correcta colheita da anamnese, bem como a realização de um detalhado exame físico atendendo sempre à história e queixas do doente. No caso de doentes com proposta cirúrgica, tive o privilégio de assistir a estudos pré-operatórios de todas as patologias enunciadas, debatendo sempre com a tutora as especificidades de cada uma, e que tipo de estudo é necessário fazer para avaliar bem o doente.

Em várias primeiras consultas pude assistir não só à consulta propriamente dita, bem como à realização, na hora, de variados estudos. Assim, tive oportunidade de assistir à realização de biopsias aspirativas eco-guiadas efectuadas pelo Dr. Diego Perez, onde pude recordar os princípios básicos da ecografia e também conhecimentos teóricos relativos a patologia tiroideia.

Tive, também, oportunidade de assistir à realização de biopsia excisional de uma lesão ulcerada da face, com aproximadamente 1 ano de evolução, cujo aspecto macroscópico apontava para um carcinoma espinocelular da pele. Esta biopsia foi efectuada com objectivo de referenciar o doente para o Instituto Português de Oncologia, e desta forma enviá-lo com estudo efectuado. O doente efectuou também TC no mesmo dia, para se avaliar a possível

invasão do osso pela lesão. Este caso representa na perfeição as potencialidades da Unidade de CG de Bragança, nomeadamente a CE, que tem ao seu dispor meios para efectuar o estudo das mais diversas patologias em tempo útil, e decidir da referenciação quando necessário.

Tal como referido acima, assisti também à excisão de variadas lesões da pele. Em alguns casos, a minha tutora deu-me oportunidade de participar activamente na PC, através do corte da lesão bem como da sutura da mesma. Estas oportunidades serviram para relembrar regras e condições de assepsia, que até então raramente tinha posto em prática. Assim, após o estágio, considero-me melhor preparado para efectuar estes procedimentos, se for necessário.

6.1.2 Bloco Operatório

Durante o meu estágio tive oportunidade de ir várias vezes ao BO. Estas idas tinham lugar todas as quartas-feiras no período da tarde e sextas-feiras no período da manhã. A minha tutora efectua cirurgia de ambulatório na Unidade de CG de Mirandela, porém ao longo do estágio não me desloquei a Mirandela, ficando nesses dias a realizar trabalho de INT.

No BO pude assistir, mais uma vez, a uma variedade enorme de cirurgias, sempre executadas com o maior rigor e empenho por parte da minha tutora.

Grande parte das cirurgias que observei consistiu em patologia herniária, maioritariamente inguinal, e cirurgia para correcção de insuficiência venosa periférica crónica. Observei também várias colecistectomias, todas efectuadas por via laparoscópica. Para além destas cirurgias, assisti ainda a cirurgias de correcção de quistos sacrococccígeos recidivantes, e cirurgias pediátricas, nomeadamente por criptorquidia. Destaco, ainda, uma abdominoplastia que tive oportunidade de observar.

Tive, ainda, a oportunidade de participar numa cirurgia de correcção de hérnia inguinal bilateral. Mais uma vez, pude por em prática regras de assepsia que até então raramente tinha utilizado. Durante a cirurgia efectuei várias tarefas, tais como a separação dos planos anatómicos da parede abdominal, bem como a colocação da prótese que iria sustentar a zona de defeito da parede.

De todas as vezes que estive no BO, o anestesista foi o Dr. Ricardo, que mostrou sempre abertura para me deixar por em prática conceitos de anestesia. Assim, tive oportunidade de assistir e realizar entubação de doentes, bem como a realização de raquianestesia, para além

de uma revisão de todos os fármacos envolvidos numa anestesia, quer geral quer raquianestesia.

Mais uma vez, é de louvar a mais-valia de ter realizado o estágio de CG no CHNE E.P.E. já que me permitiu adquirir competências teóricas e práticas que considero muito relevantes para a minha formação como médico.

6.1.3 Serviço de Urgência

A Dr.^a Liseta efectua SU todas as segundas-feiras. Assim, estive no SU 3 vezes, já que na primeira segunda-feira apenas tivemos o seminário de apresentação no Porto, e deslocamo-nos para Bragança no mesmo dia à tarde.

No SU são recebidos doentes referenciados dos Cuidados de Saúde Primários, bem como doentes que vão directamente ao SU do CHNE E.P.E. Bragança. Em comparação com o Hospital onde efectuei toda a minha formação até então (HSJ E.P.E.), o SU da Unidade de Bragança tem um movimento inferior em número de doentes.

O principal motivo de admissão no SU foi dor abdominal, uma patologia sempre desafiante em termos de diagnóstico etiológico. De todos os doentes vistos com dor abdominal, pudemos diagnosticar 4 apendicites agudas, bem como duas rupturas de quistos ováricos. Todos estes doentes foram sujeitos a terapêutica cirúrgica.

Para além de doentes com motivo de admissão de dor abdominal, vi também vários doentes com Traumatismos Crânio Encefálicos e feridas corto-contusas. Nos últimos, foi necessário proceder à sutura da lesão, e tive mais uma vez oportunidade de ser parte activa em actos cirúrgicos, efectuando várias suturas no SU. Foi possível por em prática a técnica dos pontos simples bem como dos “Donati”.

Para além de todas estas patologias observei, também, drenagem de quistos sacrococígeos e, ainda, um caso de Trombose Venosa Profunda.

6.1.4 Internamento

Ao longo das 4 semanas, tive oportunidade de efectuar trabalho diário de enfermaria praticamente todos os dias do estágio. Este trabalho consistia numa passagem de visita aos doentes, tomando nota da evolução e do estado geral de cada um, para depois serem tomadas

decisões relativas aos mesmos. Grande parte do trabalho de enfermaria foi efectuada em colaboração com a Interna Complementar Dra. Alexandra Carrazedo.

Graças ao trabalho de enfermaria, fiquei a conhecer o modo de requisição de variados exames auxiliares de diagnóstico, tais como estudos analíticos, exames imagiológicos e histopatológicos, para além de ter tido oportunidade de discutir diversas patologias com a minha assistente. Durante o estágio, efectuei também várias notas de entrada de doentes.

Durante o trabalho de enfermaria, destaco ainda o conhecimento adquirido sobre diversos tipos de pensos, uma vez que era frequente a discussão do tipo de penso a colocar em cada lesão, de forma a possibilitar uma rápida melhora da mesma. Tive, também, a oportunidade de ser parte activa neste processo, através da elaboração de vários pensos.

Mais uma vez, o estágio de CG assumiu-se como uma experiência de aprendizagem ímpar, que possibilitou a obtenção de conhecimentos e práticas até aqui nunca vividas.

6.1.5 Caderneta de estágio

Durante o estágio de CG tive oportunidade de recolher inúmeras histórias e notas clínicas para o preenchimento da minha caderneta de estágio. Estas foram recolhidas em todas as actividades que efectuei, e procurei abranger o maior número de patologias, de forma a enriquecer este registo do meu estágio.

No anexo III encontram-se as histórias clínicas recolhidas no estágio de CG (4), bem como as notas clínicas (20).

6.1.6 Sessões de formação

O estágio teve início no dia 28 de Fevereiro de 2011 com uma sessão de apresentação no Anfiteatro Novo A da Faculdade de Medicina do Porto, dirigida pelo regente da cadeira, Professor Dr. José Amarante, e onde estiveram presentes os Professores e tutores responsáveis pelos estágios quer de CG quer de CT, CV, CPD e CPL. Na sessão de apresentação, os estudantes ficaram a conhecer o modo de funcionamento da cadeira, e ouviram também alguns conselhos para que o estágio decorresse da melhor maneira. Na mesma altura, foram-nos também entregues as respectivas Cadernetas de Estágio, e explicado o modo como elas deveriam ser preenchidas.

Ao longo das 4 semanas do estágio de CG estive presente nas seguintes sessões de formação:

Tabela 5. Sessões de formação no estágio de CG

Data	Tipo de formação	Tema
01-03-2011	Sessões formativas para internos CHNE E.P.E	Caso clínico Encefalite na Criança; Revisão crimes sexuais na infância
02-03-2011	Reunião de Serviço CG	Caso Clínico Amiloidose Intestinal
04-03-2011	Sessão prática técnicas de sutura	Noções teóricas e aplicação prática dos principais tipos de suturas
09-03-2011	Reunião de Serviço CG	Revisão Traumatismos duodenais; Tratamento de feridas por vácuo: vantagens e indicações
09-03-2011	Prelecção teórica	Comunicação Clínica (Professor Dr. António Ferrão)
15-03-2011	Sessões formativas para internos CHNE E.P.E	Caso clínico Dor Abdominal na FID; Princípios Básicos da Ecografia; Noções de Insulinoterapia
22-03-2011	Prelecção teórica	Dor: etiopatogenia, tipos, abordagem e tratamento (Professor Dr. António Ferrão)
23-03-2011	Reunião de Serviço CG	Revisão das últimas normas internacionais Hemorragia Digestiva

Reuniões de Serviço:

Ao longo do estágio de CG, tive o privilégio de assistir a 3 reuniões de serviço que tinham lugar sempre às quartas-feiras na sala do pessoal médico da Unidade de CG de Bragança, à excepção da reunião de dia 23 de Março, que decorreu no auditório do CHNE E.P.E. Unidade de Bragança. Nas reuniões de serviço eram apresentados temas ou casos clínicos, e eram discutidos assuntos relacionados com o serviço, com doentes ou com sessões formativas, como congressos.

Todas as reuniões de serviço eram precedidas por uma visita geral ao Serviço, nas quais o Director de Serviço se inteirava da situação de cada doente, junto com todos os restantes médicos do serviço. Com esta visita, pretendia-se uma discussão alargada de cada caso, com

programação do internamento e intervenções em cada doente. Para além da visita geral ao Serviço, em todas as quartas-feiras tinha também lugar a marcação dos doentes para o BO para a semana subsequente.

Na primeira reunião de Serviço (02/03/2011), assisti à apresentação de um caso clínico de Amiloidose Intestinal, apresentado pela Interna Complementar Dra. Alexandra Carrazedo. Foi muito importante para mim a presença nesta sessão, uma vez que me deu uma oportunidade de rever a literatura de uma patologia não muito frequente, ainda mais quando associada a Hemodiálise como no caso em questão. Após a apresentação do caso clínico, assisti à discussão do mesmo por parte dos cirurgiões, sempre com moderação por parte do Professor Dr. António Ferrão, que apresentou o tema sob o ponto de vista teórico. Nesta reunião de serviço ouvi, também, uma apresentação por parte de um laboratório farmacêutico, acerca da terapia de vácuo em vários tipos de ferida, suas vantagens e indicações.

Na segunda reunião de Serviço que presenciei (09/03/2011), assisti a uma revisão do tema “Traumatismos duodenais”. Mais uma vez, foi de extrema importância para a minha formação esta revisão, uma vez que se trata de um tema que, pela sua raridade na prática clínica, nem sempre é colocado como diagnóstico diferencial num traumatismo abdominal, o que poderá piorar o prognóstico do doente, obrigando o cirurgião a estar sempre alerta para esta situação. Na discussão do tema, foi unânime a raridade deste tipo de traumatismo abdominal, com poucos casos relatados por cada cirurgião, a maioria dos quais decorrentes de situações bastante atípicas, que obrigam os cirurgiões a grande suspeição para o seu diagnóstico e atempado tratamento.

A última reunião de Serviço que presenciei, no dia 23/03/2011 teve como orador convidado o Dr. Victor Devesa, do HSJ E.P.E. que apresentou um resumo das últimas Guidelines acerca do tema Hemorragia Digestiva. Para mim foi especialmente importante esta apresentação, uma vez que durante o meu estágio de CG efectuei a casuística do serviço sobre doentes internados com motivo de internamento de Hemorragia Digestiva e, assim, foi importante ficar a par das últimas orientações internacionais sobre o tema. Esta apresentação gerou uma discussão interessante por parte dos cirurgiões do serviço, sempre na tentativa de procurar definir linhas de orientação para a realidade do CHNE E.P.E. já que a endoscopia raramente está disponível na abordagem a estes doentes, o que obriga sempre a adoptar medidas alternativas para lidar com estas situações urgentes. A discussão do tema culminou com o

anúncio por parte do Professor Dr. António Ferrão de que o serviço iria elaborar um protocolo para abordar doentes com esta apresentação.

Prelecções teóricas:

Durante o estágio de CG, assisti a duas prelecções teóricas, orientadas pelo Professor Dr. António Ferrão. A primeira teve lugar no dia 09/03/2011, e teve como tema a “Comunicação Clínica”. Trata-se de um tema claramente negligenciado ao longo do ensino pré-graduado do estudante de medicina, e por isso esta prelecção foi de extrema importância para colmatar a falha existente. Ao longo da sessão, tive oportunidade de ficar a conhecer os princípios básicos da comunicação clínica, principais variáveis e factores envolventes. Tive também oportunidade de discutir variados casos clínicos, onde foi possível por em prática os conhecimentos adquiridos. No final da sessão, conclui-se que a comunicação clínica é um assunto de extrema importância na relação médico – doente, exigindo por parte do médico um cuidado redobrado na forma como aborda o doente e como comunica as notícias, devendo sempre comunica-las o médico que melhor domina cada tema, de forma a dar resposta a todas as necessidades do doente.

A segunda prelecção teórica orientada pelo Professor Dr. Ferrão teve como tema geral a “Dor”. Foram abordados, resumidamente, os mecanismos etiopatogénicos dos diversos tipos de dor, bem como a melhor abordagem e tratamento. Mais uma vez, foram colocados vários casos clínicos, onde foi possível por em prática os conhecimentos adquiridos, acerca de uma problemática tão presente na patologia cirúrgica, e para a qual muitas vezes não é oferecida a melhor solução.

Sessão prática técnicas de sutura:

No final da primeira semana do estágio de CG estive presente num curso prático de técnicas de sutura, que decorreu no Centro de Simulação Médica da Faculdade de Medicina do Porto. Os objectivos do curso foram ensinar aos alunos os principais tipos de pontos de sutura existentes, quais as principais indicações e modo de realização. Graças aos modelos fornecidos, foi possível o treino dos conhecimentos adquiridos. Este curso prático teve uma grande importância não só para o estágio, como também para a minha formação, uma vez que pela primeira vez fiquei a conhecer a variedade de pontos que existem, e acima de tudo, as suas indicações e modo de execução.

6.1.7 Casuística dos doentes internados com Hemorragia Digestiva

Ao longo das 4 semanas do estágio de CG, efectuei o levantamento de vários dados relativos aos doentes internados na Unidade de CG de Bragança com motivo de internamento de “Hemorragia Digestiva”. Com estes dados, procurei efectuar a casuística da Unidade, relativa aos doentes internados com esta patologia durante o mês de Março. Os dados analisados foram a idade e sexo dos doentes, valor de hemoglobina na admissão, etiologia da hemorragia e *outcome*. A descrição e os resultados deste estudo encontram-se no Anexo VIII.

6.2 Actividades Desenvolvidas no CHSJ E.P.E.

6.2.1 Estágio de Cirurgia Torácica

O estágio de CT teve a duração de 5 dias, distribuídos pelas diversas actividades do serviço. O responsável pelo estágio de CT foi o Professor Doutor Pedro Bastos.

A planificação semanal das minhas actividades neste estágio foi a seguinte:

Tabela 6. Distribuição diária no estágio de CT

Segunda - feira	Terça - feira	Quarta - feira	Quinta - feira	Sexta - feira
CE	EAD	BO	INT	UCI

Ao longo do estágio de CT efectuei uma história clínica, que se encontra no anexo IV. Efectuei, ainda, 5 notas clínicas que se encontram, também, no anexo IV.

Breve resumo das actividades desenvolvidas:

Consulta externa: durante o estágio tive oportunidade de assistir a várias consultas de CT, onde pude constatar as patologias mais frequentes assistidas por esta especialidade. Os principais motivos de consulta foram pós-operatórios de substituição de válvulas aórticas e mitrais e, também, seguimento de doentes que haviam sido sujeitos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Durante a consulta, era notória a preocupação em transmitir ao doente noções de controlo dos factores de risco cardiovasculares, quer através da correcta adesão terapêutica, quer através de medidas nutricionais e de exercício físico regular. No

mesmo período de consultas tive, ainda, o privilégio de assistir a uma consulta de seguimento de transplante cardíaco. Tratou-se de uma oportunidade única para recordar conhecimentos de terapia imunossupressora do doente transplantado, bem como para ficar a conhecer as particularidades clínicas destes doentes.

Exames auxiliares de diagnóstico: no segundo dia do meu estágio em CT assisti aos EAD efectuados pelo serviço: ecocardiograma e prova de esforço. Durante os exames, foi possível a leitura dos processos dos doentes, inteirando-me, dessa forma, das indicações para realização dos exames. Na maioria eram doentes com possível indicação cirúrgica que estavam a realizar a rotina pré-operatória para avaliar a situação cardiovascular. Destaco um doente com patologia coronária já avaliado por ecocardiograma que durante a prova de esforço apenas conseguiu cumprir cerca de 2 minutos do exame, o que ilustrou bem a necessidade de cirurgia de revascularização das artérias coronárias afectadas por doença aterosclerótica.

Bloco operatório: o serviço de CT conta com 3 salas de bloco próprio e efectua, ainda, cirurgias no bloco central, uma vez por semana. O movimento operatório do serviço é composto, maioritariamente, por cirurgias de revascularização do miocárdio e, também, cirurgias de substituição de válvulas aórticas e mitrais. Ocasionalmente, são efectuadas cirurgias para remoção de tecido pulmonar, essencialmente por carcinomas do pulmão. No dia em que estive presente no BO, tive oportunidade de assistir a uma cirurgia de revascularização do miocárdio com bypass da artéria mamária interna. Durante a cirurgia o cirurgião explicou-me todos os passos da técnica utilizada, bem como as principais vantagens e contra-indicações.

Internamento: a nossa presença no serviço de internamento durante o estágio tem como principal objectivo a colheita de uma história clínica. A história que efectuei durante o estágio de CT encontra-se no anexo IV.

Unidade de Cuidados Intensivos: no último dia do meu estágio estive na UCI do Serviço de CT. A presença dos alunos na unidade não faz parte do estágio; no entanto, após obter autorização, tive oportunidade de acompanhar um interno complementar durante as suas funções na unidade. Foi possível ficar a conhecer os princípios da medicina intensiva praticados nesta unidade, bem como regras gerais de assepsia de forma a reduzir os riscos de infecção. Pude, ainda, consultar os processos dos doentes internados, inteirando-me da situação clínica de cada um, bem como do motivo pelo qual estão na unidade;

maioritariamente, tratam-se doentes sujeitos a cirurgias recentes, ou doentes cujo estado geral piorou durante o internamento, colocando em risco as suas vidas.

6.2.2 Estágio de Cirurgia Vascular

O estágio de CV teve a duração de 5 dias, distribuídos pelas diversas actividades do serviço. No último dia, toda a manhã foi preenchida pela reunião de serviço. O responsável pelo estágio de CV foi o Professor Doutor Roncon de Albuquerque.

A distribuição semanal das minhas actividades durante o estágio de CV foi a seguinte:

Tabela 7. Distribuição diária no estágio de CV

Segunda - feira	Terça – feira	Quarta - feira	Quinta - feira	Sexta - feira
EH	CE, Angiografia	BO	SU, CE	Reunião de Serviço
INT	INT	INT	INT	INT

Ao longo do estágio de CV efectuei uma história clínica que se encontra no anexo V. Efectuei, ainda, 5 notas clínicas que se encontram, também, em anexo V.

Breve resumo das actividades desenvolvidas:

Estudos Hemodinâmicos: o laboratório de EH encontra-se junto ao Serviço de CV, e efectua diversos exames, alguns dos quais eu pude presenciar. Os exames aqui efectuados podem ser requisitados através da consulta externa, do serviço de urgência e, também, do internamento, quer de CV quer de outros serviços. Os exames aos quais eu tive a oportunidade de assistir foram: ecodoppler carotídeo e vertebral, ecodoppler venoso dos membros inferiores e ecodoppler arterial dos membros inferiores. Grande parte dos exames aos quais eu assisti foram requisitados de primeiras consultas, ou seja, eram doentes que não sabiam ainda qual a patologia que tinham, referindo apenas as queixas pelas quais foram enviados para a consulta de CV. Assim, foi extremamente importante para mim a colheita de alguns dados da história clínica de cada doente para depois correlacionar com os resultados dos exames efectuados.

Consulta externa: na consulta externa de CV pude verificar quais as patologias mais frequentes assistidas por esta especialidade. Os motivos de consulta mais frequentes foram consultas de seguimento de doentes sujeitos a cirurgias no passado, grande parte deles com realização de bypass arterial, por doença arterial periférica. Tive oportunidade de efectuar medição de pressões doppler nestes doentes para avaliar a permeabilidade dos bypass. Assisti, também, a um elevado número de consultas de doentes com membros amputados por doença arterial periférica. Mais uma vez, foi notória a preocupação em transmitir ao doente a importância de um estilo de vida saudável, através da prática regular de exercício físico, alimentação saudável e abandono do tabaco. Em relação às primeiras consultas, estas consistiram em doentes com insuficiência venosa crónica dos membros inferiores que foram referenciados para a consulta externa de CV para avaliar a necessidade de tratamento cirúrgico.

Angiografia: no segundo dia do meu estágio em CV tive oportunidade de assistir à realização de uma angiografia. Os doentes sujeitos a angiografia são internados no serviço no mesmo dia e têm alta no dia seguinte para depois serem seguidos na CE, ou então, ficam internados no serviço mais tempo para outros procedimentos. O principal motivo para realização de angiografia são queixas de claudicação intermitente, com resultados de exame de doppler sugestivos de obstrução arterial importante. O exame ao qual eu assisti mostrou uma placa de ateroma na artéria aorta abdominal e uma oclusão bilateral das artérias femorais superficiais com colateralização abundante.

Bloco operatório: o serviço de CV utiliza uma sala do bloco central, durante todo o dia, excepto à sexta-feira, que funciona apenas durante a manhã. Durante o meu estágio assisti a duas cirurgias, uma endarteriectomia carotídea com utilização de “patch” para encerramento, e um Bypass femoro-poplíteo com veia safena interna. Em ambas as cirurgias tive oportunidade de ficar a conhecer as técnicas utilizadas, uma vez que ambas as equipas me explicaram todos os passos da cirurgia.

Serviço de Urgência: o serviço de urgência de CV funciona em regime de chamada, 24h por dia. Durante a minha presença no serviço de urgência, tive oportunidade de assistir ao diagnóstico de uma isquemia aguda do membro inferior direito, com consequente tratamento cirúrgico, através de uma tromboembolectomia. Assisti, ainda, a avaliação de um esfacelo do membro inferior esquerdo, em colaboração com Ortopedia, para verificar o estado dos vasos na zona afectada.

Internamento: durante todos os dias do meu estágio, efectuei visita aos doentes internados, juntamente com o Professor Doutor Roncon de Albuquerque, um interno complementar e, ainda, uma enfermeira. Durante esta visita, foi possível inteirar-me da situação clínica de cada doente, bem como assistir à discussão de variadas patologias e, também, efectuar breves exames físicos, discutir medidas terapêuticas e decidir sobre a melhor orientação a dar a cada doente.

Reunião de serviço: no último dia do meu estágio em CV estive presente na reunião de serviço. Nesta, pude assistir à discussão de 2 casos clínicos de doentes internados no serviço, sobre os quais se pretendia uma discussão alargada acerca das suas patologias e melhor tratamento a instituir. Assisti, ainda, à discussão de variados assuntos relacionados com a dinâmica diária do serviço.

6.2.3 Estágio de Cirurgia Pediátrica

O estágio de CPD teve a duração de 5 dias, distribuídos pelas diversas actividades do serviço.

O responsável pelo estágio de CPD foi o Professor Doutor José Estevão.

A planificação semanal das minhas actividades neste estágio foi a seguinte:

Tabela 8. Distribuição diária no estágio de CPD

Segunda - feira	Terça - feira	Quarta – feira	Quinta - feira	Sexta – feira
SU	CE	BO	INT	Apresentação clínica

Ao longo do estágio de CPD efectuei uma história clínica que se encontra no anexo VI. Efectuei, também, 5 notas clínicas que se encontram, igualmente, no anexo VI. Durante o estágio, em conjunto com mais 3 colegas, efectuei um trabalho para apresentação oral, com o tema “Obstrução intestinal no recém-nascido”, disponível, também, no anexo VI.

Breve resumo das actividades desenvolvidas:

Serviço de Urgência: o serviço de urgência de CPD tem o seu espaço físico nas instalações da urgência pediátrica do Pólo do Porto do CHSJ E.P.E. Estas instalações consistem em 1 sala equipada com material direccionado para a avaliação cirúrgica dos doentes. Durante o meu

estágio no SU tive oportunidade de assistir à sutura de lesões corto-contusas, prestando especial atenção ao modo de distração das crianças, principalmente as mais pequenas, de forma a tornar o procedimento mais aceitável para as mesmas. Assisti, ainda, ao exame físico de uma criança do sexo masculino com suspeita de torção do cordão espermático.

Consulta externa: na consulta externa de CPD assisti, essencialmente, a consultas de seguimento de doentes com patologia urológica, quer por refluxo vesico-ureteral, quer também por antecedentes cirúrgicos de nefrectomias. Assisti, também, a primeiras consultas por motivo de criptorquidia, nas quais foi possível a realização de um correcto exame físico para diagnóstico desta patologia. As restantes consistiram em consultas de seguimento de doentes com antecedentes cirúrgicos por variados motivos.

Bloco operatório: o serviço de CPD tem, nas suas instalações, duas salas de BO disponíveis, uma geralmente reservada para situações mais urgentes. Durante o meu estágio assisti a duas cirurgias, uma por criptorquidia, e outra de urgência por apendicite aguda.

Internamento: no internamento de CPD o objectivo principal do estágio é a colheita de uma história clínica (anexo VI). No internamento encontram-se, essencialmente, doentes em pós-operatórios por variadas causas; o motivo de internamento mais frequente durante o meu estágio foi apendicite aguda. Alguns doentes são internados para realização de EAD como, por exemplo, endoscopias digestivas, quer altas, quer baixas.

Apresentação clínica: no último dia do meu estágio de CPD procedemos à apresentação das histórias clínicas e, também, de um trabalho realizado com tema sugerido pelo Professor Dr. Estevão. Cada grupo foi composto por 4 pessoas e o tema que apresentei foi “Obstrução Intestinal no recém-nascido”. Após a apresentação ocorreu uma pequena discussão acerca do tema, focando os pontos-chave a reter sobre ele.

6.2.4 Estágio de Cirurgia Plástica

O estágio de CPL teve a duração de 4 dias, distribuídos pelas diversas actividades do serviço. Durante o meu estágio de CPL tive como tutor o Dr. António Ferreira.

A planificação semanal das minhas actividades neste estágio foi a seguinte:

Tabela 9. Distribuição diária no estágio de CPL

Terça - feira	Quarta - feira	Quinta - feira	Sexta - feira
Unidade Queimados	Unidade Cirurgia de Ambulatório	BO, CE	Reunião de Serviço

Ao longo do estágio de CPL efectuei uma história clínica que se encontra no anexo VII. Efectuei, ainda, 5 notas clínicas que se encontram, também, no anexo VII.

Breve resumo das actividades desenvolvidas:

Unidade de queimados: a unidade de queimados do CHSJ E.P.E. é uma unidade recente que conta com capacidade para 5doentes. Aqui são recebidos essencialmente os doentes com queimaduras mais graves, definidas pelo grau e extensão do corpo atingidos. Os quartos da unidade são individuais, de forma a reduzir ao máximo o risco de infecção nestes doentes que se encontram, naturalmente, muito vulneráveis. De facto, o cumprimento das regras gerais de assepsia é, aqui, muito importante e, por isso, todos os visitantes da unidade devem vestir uniformes e calçado esterilizado, bem como touca protectora. Na unidade tive oportunidade de participar numa cirurgia de desbridamento cirúrgico dos tecidos queimados e plastia com enxertos de pele própria.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório: no segundo dia do meu estágio estive na UCA juntamente com o meu tutor. Aqui, tive oportunidade de assistir à correcção de mamilo invertido, bem como à remoção de sinais em várias partes do corpo. Tal como havia já constatado durante o estágio de CG no CHNE E.P.E. é óbvia a satisfação dos doentes quando são tratados através da UCA, o que a torna um serviço em clara expansão, com óptima aceitação por parte dos doentes.

Bloco operatório: o serviço de CPL efectua cirurgias no bloco central do Pólo do Porto do CHSJ E.P.E. Durante o meu estágio estive presente no bloco durante uma manhã, tendo tido oportunidade de assistir a uma abdominoplastia e, ainda, uma cirurgia oncoplástica da mama.

Consulta externa: na CE de CPL tive oportunidade de verificar quais os motivos mais frequentes de referenciação para CPL. Assim, é elevado o número de primeiras consultas por lesões cutâneas de diagnóstico duvidoso, alguns dos quais até já vistos pela especialidade de

Dermatologia e que exigem remoção. São, também, frequentes as consultas por motivo de redução mamária, quer em primeiras consultas, quer também em seguimentos pós-operatórios. Para além destas patologias, tive ainda oportunidade de contactar com doentes sujeitos a abdominoplastias no passado e, também, síndromes do túnel cárpico. Em todas estas patologias, foi possível a realização de uma colheita da anamnese, bem como a realização de um exame físico adequado.

Reunião de serviço: no último dia do meu estágio estive presente na reunião de serviço de CPL. Aqui, assisti à discussão de 3 casos clínicos de doentes referenciados para o serviço; em cada caso houve uma discussão acerca da patologia e das condicionantes próprias de cada doente e, de seguida, houve uma visita ao doente para a realização de exame físico. Na reunião assisti, ainda, a uma apresentação de um laboratório farmacêutico sobre terapias de penso em lesões de cicatrização difícil e, também, em pós-operatórios imediatos.

7. Considerações finais

No final do estágio, é de realçar a extrema importância que este assumiu na formação do aluno, quer enquanto estudante de Medicina e futuro médico, quer, também, como pessoa.

Ao longo do estágio, foram infinitas as oportunidades postas ao dispor do aluno para aprofundar os seus conhecimentos, bem como para a colocação dos mesmos em prática. De facto, ao longo do curso de Medicina, nunca havia antes tido um tão grande número de experiências formativas que fizeram dele não só uma melhor pessoa, como também um estudante melhor preparado, teórica e praticamente, para os desafios que surgirão ao longo da sua carreira profissional como médico.

Durante as 8 semanas em que o estágio decorreu, e tal como descrito no relatório, foram percorridas as principais áreas de actuação de um serviço cirúrgico, tais como a CE, INT, BO, SU e EAD. Em todas elas, foi possível um contacto muito próximo com o doente, permitindo sempre um desenvolvimento positivo da relação médico-doente. Para além disso, graças ao elevado grau de conhecimento dos tutores, foi possível uma aprendizagem constante de conhecimentos teóricos e práticos.

Ao longo do estágio foi, também, muito importante a presença do aluno em variadas sessões formativas, tais como as reuniões de serviço, prelecções teóricas e outras sessões. Nestas, foi possível ficar a conhecer a dinâmica de funcionamento dos serviços e assistir à discussão de vários temas relacionados com doentes internados nos mesmos. Todas estas sessões contribuíram para a formação do aluno, na medida em que permitiram o contacto com realidades próprias de cada serviço que o aluno desconhecia até então.

Destaca-se o estágio de CG que capacitou o aluno de um leque indeterminável de competências pessoais, adquiridas em contacto constante com a sua tutora, e que permitem uma melhor preparação técnica e prática; neste estágio, foram muitas as vezes em que o aluno foi parte activa do acto médico.

Para além de ter permitido um contacto com uma realidade de trabalho diferente daquela que o aluno frequentou ao longo do curso de Medicina, o estágio de CG possibilitou, ainda, o contacto com doentes enquadrados em ambientes socioeconómicos diferentes, oferecendo outra perspectiva da doença e da forma como ela é vivida pelo doente.

Assim, conclui-se que foi claramente uma mais-valia a realização do estágio de CG no CHNE E.P.E., pela variedade de competências que ele permitiu adquirir, não só técnicas, como, acima de tudo, pessoais, e que o aluno dificilmente esquecerá. Em virtude de toda esta aprendizagem, conclui-se que o contacto com diferentes realidades de trabalho ao longo do curso é muito importante para a formação do estudante de Medicina e deverá ser incentivado.

8. Anexos

Anexo I

	Consulta Externa	Urgencia	Internamento	Bloco operatório	EAD	Hospital de dia
Analises Clínicas					x	
Berçário			x			
Cardiologia	x	x	x		x	
Cirurgia Geral	x	x	x	x	x	
Estomatologia	x	x	x	x		
Gastrenterologia	x				x	
Ginecologia/Obstetrícia	x	x	x	x	x	
Hepatologia	x					
Imagiologia					x	
Med. Física e de Reabilitação	x		x		x	
Medicina Interna	x	x	x			
Medicina do Trabalho	x					
Nefrologia	x	x	x			x
Neonatologia			x			
Neurologia	x		x			
Nutrição	x					
Oftalmologia	x	x	x	x	x	
Oncologia médica	x				x	x
Ortopedia	x	x	x	x		
Otorrinolaringologia	x	x	x	x		
Pediatria	x	x	x			x
Pneumologia	x	x	x		x	
Psicologia Clínica	x					
Psiquiatria	x	x	x			
Pedopsiquiatria	x					
Urologia	x	x	x	x	x	
U. Cuidados Intermédios			x			

Anexo I: Serviços prestados pelo CHNE E.P.E.

Anexo II

Anestesiologia	Medicina Física e Reabilitação
Anatomia Patológica	Medicina Interna
Cardiologia	Medicina Nuclear
Cardiologia Pediátrica	Nefrologia
Cirurgia Geral	Neonatologia
Cirurgia Pediátrica	Neurocirurgia
Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial	Neurologia
Cirurgia Torácica	Neurorradiologia
Cirurgia Vascular	Neurofisiologia
Cuidados Intensivos	Oftalmologia
Cuidados Paliativos	Oncologia
Dermatologia	Ortopedia e Traumatologia
Doenças Infecciosas	Otorrinolaringologia
Endocrinologia	Patologia Clínica
Estomatologia	Pediatria Médica
Gastrenterologia	Pneumologia
Ginecologia e Obstetrícia	Psiquiatria
Hematologia Clínica	Radiologia
Hematologia e Oncologia Pediátrica	Radioterapia
Imuno-alergologia	Reumatologia
ImunoHemoterapia	Urologia

Anexo II: Serviços prestados pelo CHSJ E.P.E.

Anexo III

Cirurgia

Prática Clínica - 6º ano

Regente: Professor Doutor José Manuel Teixeira Amarante



Caderneta de Estágio 2010/11

Aluno(a): Tiago Manuel Venâncio Almeida

Turma: 2

Grupo: 2

E - História Clínica (#1)

Identificação: CAAD, 36 anos, masculino, casado, 12
Boulevard de Lisboa Data: 01/03/11 Serviço: Cirurgia Geral

Resumo: Doente de 36 anos, masculino
Queixa principal: Edema^{to} periorbitário na face direita
História da doença atual: Doente da taxa masculina,
36 anos, refere quebras de edema nas pernas inferior di-
reita desde há 1 ano, e progressivamente progressiva desde
há 1 ano, queixa associada a edema de periorbitário
intermitente e periorbitário que ocorre 1/2 vezes. Na
história de fumadouro. Não outros sintomas. Refere
alívio ligeiro do edema e/ou along dos membros in-
férieurs, e/ou membros e/ou along de cujas. Não segue
em data quando foi referenciado pelo médico assistente
para a consulta de Cirurgia Geral.

Antecedentes pessoais: não HTA, DM, dislipidemia. Re-
feriu episódio de asma há 10 anos. An-
tecedentes cirúrgicos: apendicite. Não alergias. Não
tabagismo.

Costeado de saúde habituais: não - média 4 cigarros /
dia, e/ou (restos) salina. Consumo cerca de 30 g
de álcool por dia (vinho tinto). Ex-fumador (20 anos)
sem atividade. Sem medicação habitual.

Antecedentes familiares: irrelevantes

Exame físico e sistemas: geral: bom estado geral;
sem edema, angústia, febre, tosse, dispnéia, rubor
ou cianose. Não alterações de olhos, nariz, garganta,
pele, e/ou cardiovascular, pulmonar, gástrico,
urinário e genitourinário. Não alterações inter-
mitantes, membros inferiores, ou outros sistemas /
sistemas de insuficiência cardíaca.

Exame objetivo: Consciência, colaboração e orientação
bom estado geral, hidratado. Pele e mucosas co-
res e hidratadas, amarelas. Aférrico. TMC 31,5
TA: 131/84 mmHg; FC 15 bpm; FR 18 rpm; SATO2 99%
AC: 5125g peso e cintura 94cm; diâmetro AP
110 cm e simétrico, e/ou cordão umbilical. Abdo-
men: mole e depressível, indolente à palp, e/ou depar-
ta sinais de irritação peritoneal, KAAD

E - História Clínica (#1)

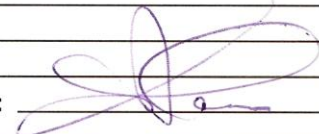
Resumo (cont.): Membros inferiores: membros inferiores com
do s/altera; membros inferiores direito edematizado,
predominantemente na sua porção tibial e sua extre-
midade distal, onde apresenta uma tumefação, espessura
inflamatória; e/altera edemas de suprapântalo e
ambos os membros inferiores na sua porção distal (s/
s/altera). Pulsos presentes.

Resumo: Homem de 36 anos, refer para diarreia e
edematizada, associada a febre intensa e dor, que ali-
near e/altera de membros. Ao exame físico apresenta
membros inferiores direito edematizado na sua porção tibial
e sua extremidade distal; e/altera edemas de suprapântalo
e.

História digestiva: Insuficiência renal crónica, lin-
fedema, tumefação na sua porção tibial e
extremidade distal; Ectodermite interdigital; febre,
que revela insuficiência renal e tumefação da sua
porção interna distal.

Digestão mais prostrada: insuficiência renal crónica.
Tratamento: profeta cirúrgica de laparoscopia e
drainagem da safena interna distal.

Apreciação: História clínica bem organizada

o Tutor: 

E - História Clínica (#2)

Identificação: AET, 84 anos
Data: 11/03/11 Serviço: Cirurgia Geral

Resumo: AET, sexo masculino, 84 anos, Natural de
Vimioso, reformado da GUP.
U debruço recente do SU do CHBE no dia 10/03/11
por queixas algias no abdome, com localis por-
dominante no epigastro. A dor tinha início em horas
para a refeição (horas sem pra) antepós. U
debruço refere também sintomas de turbulência alime to dos
de o início do dia. Doja feto, náuseas e diarréia. Se-
gunda, fôstio, a dor em constante e aguda com
abom ligeiramente com toma de anti-inflamatório que
o não resolve. Doja altera mínimis. Na admiss
o do SU o debruço apresenta-se consciente, colabora-
to e orientado, apnéico e aritmico, com TA 128/73 mm
FC 104 bpm e FA 13 bpm. Edema caxado e edematoso
AET em normal e o abdome em tenso e
depressível, com t. dolorosa à palp, com sinais de de-
bruço superficial no nível do epigastro e dependência di-
recta; KHAQ. Do SU apresenta estado analítico que
mostra glicose 18430K, lipase 50530K e lipólise normal.
Antecedentes pessoais: AK hipertensão 2006, tendo
ficado c. insuficiência respirada, que ainda com mais
um meso, para; HTA, fibrilha auricular e insufi-
ciência mitral; dislipidemia medicada; História de ps-
lipetomia endoscópica a gastro de 2004.
Antecedentes familiares: irrelevantes
Costeado de modo habitual: dieta com resto solido,
refere consumo de 0,5L vinho tinto is álcool por
cais; et-fumo de (350mg).
Clam físico consciente, colabora e orientado, bem
disple; hemodinamicamente edavel; febr e mucosas
coradas e hidratadas; apnéico e aritmico. AC: S1
e S2 presentes e aritmicos, c/ sopro mitral sistó-
lico grau II, c/ inscto para o apic; AC: HV presen-
te e aritmico em todos os focos, c/ ruído edematoso;
abdome ainda ligeiramente doloroso à palp, c/ debruço
c/ sinais de inscto febril; KHAQ.

E - História Clínica (#2)

Resumo (cont.): Hipótese de diagnóstico:

- Pancreatite aguda bilioatrica
- Colecistite
- Úlcera péptica (com ou sem perfuração)
- Polipóides no duodeno
- Colecistite aguda
- Apendicite aguda
- Neoplasia pancreática

Exames auxiliares diagnósticos: Para além dos exames de rotina no SU, solicitar ecografia abdominal para se avaliar: litose vesicular múltipla, bexiga distendida, com o maior cálculo de 3cm.

Diagnóstico: critérios clínicos e analíticos de Pancreatite Aguda.

Plano: sobre a fisiopatologia e tratamento no Serviço de Cirurgia Geral para controle evolutivo e estado clínico. No laboratório, realizar os exames analíticos e perfil lipídico, lipase, PK, e outros também realizar abdominal perfuroscopia.

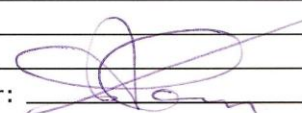
Terapêutica: suporte alimentar e medidas de suporte, analgesia e farmacoterapia (Bismopron (R) + Boscapron (R)) e fluidoterapia.

Orientada: a consulta idêntica de Cirurgia Geral.

Prognóstico: o prognóstico depende do grau de severidade da pancreatite, avaliando através dos critérios de Ranson (na admissão idêntica, leucócitos, glicose, AST, etc).

Se a pancreatite for leve, a taxa de mortalidade é baixa.

Apreciação: História com dados e exames

o Tutor: 

E - História Clínica (#3)

Identificação: UMEL, 26 anos, sexo feminino, casada, residente de Braga Data: 24/03/11 Serviço: Ginecologia Geral

Resumo: Queixa principal: dor abdominal
Dor de tipo cólico, localizada na região da fossa ilíaca direita, crescendo e iniciando no momento da menstruação há 103 dias após episódios prévios semelhantes. A dor é acompanhada por náuseas e vômitos. Sem febre, alterações de apetite, perda de peso ou alterações de hábitos intestinais ou urinários.
Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia e outros fatores de risco cardiovascular. Refere também cirurgias de abdómen com 9 anos, referindo também cirurgias de abdómen com 14 anos. Casou-se há 3 meses. Não usa contraceção. Há 15 dias: Calamagist há 4 dias; tratamento de 15 dias; IGBT.
Qualidade de vida: sem alterações; sem alterações de hábitos alimentares; sem alterações de hábitos sexuais. (NV atualizado - Médico) Substância: Minijeste D.
Antecedentes familiares: incluindo pai com diabetes e hipertensão, mãe com hipertensão arterial, pai com diabetes, mãe com hipertensão arterial. Ginecologia: referindo dor abdominal de início súbito, difusa, que se localiza na fossa ilíaca direita. Não há alterações de hábitos urinários. Não há alterações de hábitos sexuais.
Exame objetivo: consciente, colaborante e orientada; pele e mucosas coradas e hidratadas, aritmias, subfebril (T_{ax}: 37,6°C). AC: S1 e S2 presentes e rítmicas; S1/S2 com NV presentes e ausência de murmúrios, sibilos adventícios. Abdómen: mole e depressível. Ginecologia: mediana e fundal de cascaim. KHA ⊕. Palpação superficial e profunda ^{de 100g} toda a abdomen, predominantemente na fossa ilíaca direita e região umbilical. Não é possível a palpação de sinais de dor.

F - Notas Clínicas

Data: 01/03/11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermaria
 Nota clínica (#1): Doente com 80 anos, sexo masculino,
no 1º dia do pós-operatório da cirurgia de trans-
uretral esquerda. Antecedentes pessoais: Demência,
HTA. Sem anedonia da cirurgia. Sem outras ati-
vidades de rotina. Doente apresenta a corada, edema
na de de ambos testículos. Amidário. Hemodinâmica
estável. Sat O₂: 94%. Arterial Se parciais. ulceração no
períneo. Depressão; dor de cabeça e fadiga. Tumor limfo e não estomacal.

mal e depressão; dor de cabeça e fadiga. Tumor limfo e não estomacal.

Data: 01/03/11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermaria
 Nota clínica (#2): Doente de 36 anos, sexo masculino, branco, e
francês. Doente internado e ferido de (cavidade de
doença de Sclerose e comunitária e superfície da pele
direita. Sclerose da pele e tumor direito. No lado
periférico esquerdo (cavidade) que se encontra "incom-
pletamente extirpado e transcurso da via salivária com di-
stúria. No exame físico tem parotidite edematosa e
sinusite inflamatória, e (cavidade) e sangramento.

Data: 02/03/11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermaria 50
 Nota clínica (#3): Doente de 15 anos, sexo feminino, enviada
ao SU pela falta de saída da urina de 24 horas por
queda de do abdominal distensão e náuseas, e (cavidade)
de 24 horas de SU, a doente refere do abdominal no
hipocôndrio direito e (cavidade) para epigástrica e
dores. Efectua estudo analítico, que inclui Amilase de
1948 U/L e Lipase 5053 U/L. Antecedentes: diabetes
mel, hipertensão direita / (cavidade) de 4 anos, hábitos etílicos moderados.

Data: 03/03/11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermaria
 Nota clínica (#4): Doente de 56 anos, sexo masculino que
recorreu ao SU no dia 24/02/11 por queda de do abd-
ominal e náuseas. No internamento efectua estudo
abdominal que revela: "Excesso de excretamento e disten-
são muscular (cavidade) distensão da parede abdominal e
relaxamento (cavidade); Via biliar na do lateral: presença
lútil de parede não espessada (cavidade) e cálculos múltiplos
triglicéridos; pancreas e baço (alterado)".

F - Notas Clínicas

Data: 03/03/11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermarias
Nota clínica (#5): Doente de 82 anos, Teófilo de Jesus,
que recorreu a SU no dia 24 de Fevereiro por ter tido
uma dia 2 episódios de vertigens de moderate qua-
lidade. A doente já teve outras internamentos há mais
de 2010, de qual tempo até a actual por si-
milhões de vezes. Há história de internamentos e
relato de um diagnóstico que aponta para doença de
Alzheimer e Epilipsia focalizada, os quais por estarem
apenas suspeitos.

Data: 02/03/11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermarias
Nota clínica (#6): Doente de 81 anos, auto-avaliada, trazida a
SU por um quadro de hematematizações abdominais hemati-
gostas. Com objectivo: epistaxial, colúmbica e miúdo. Há
coarctação; hipertensão; desidratação; epistaxial. Abdomem
macio e doloroso, doloroso à palp e presença no 2º e 3º graus de
hepato e esplenomegalia. Ecten abdominal c/ FA 65.8, 81, 6.46;
22, 3.64; PRC 8.5. Ecten de TAV que resulta: "Massa de
Born no lado inferior direito; dilatações biliares intra e extra-hepáticas".

Data: 02/03/11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermarias
Nota clínica (#7): Doente de 64 anos, auto-avaliada, c/
história de histerectomia há 16 anos. Ao exam objectivo
apresenta um quadro clínico-ambulatorial: hemorragia intestinal de
fonte abdominal, dor de barriga p/ episódios cingidos
c/ coloração de fezes.

Data: 02/03/11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermarias
Nota clínica (#8): Doente de 82 anos, auto-avaliada, recorreu a
SU no dia 01/03 c/ queixas de dor abdominal de início
subito, intenso, p/abd anterior, de carácter
crónico de carácter alimentar. Há história de hipertensão
arterial. Refere Disenteria actual e fezes com sangue.
c/ a presença de fezes. Com objectivo: dor de barriga c/
resaca e fezes com sangue; epistaxial e coarctação. PRC: p/ abd
abd: de 2 a palp no 2º e 3º graus de

F - Notas Clínicas

Data: 10 / 03 / 11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermarias
Nota clínica (#9): Paciente de 74 anos, sexo feminino, com
doença crónica renal e hipertensão arterial. Apresenta
doença crónica renal, com creatinina elevada e diálise
hemodinâmica. Afecta o abdome, com dor
debaixo do fígado, sem febre, RHAQ normal e
sem alterações. Dados de 11 dias de
doença. Plano: iniciar dieta (ajuda e ch).

Data: 14 / 03 / 11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Unidade
Nota clínica (#10): Paciente de 83 anos, sexo
masculino, com doença crónica renal, com
doença crónica renal, com creatinina elevada e
diálise hemodinâmica. Afecta o abdome, com
dor debaixo do fígado, sem febre, RHAQ
normal e sem alterações. Dados de 11 dias de
doença. Plano: iniciar dieta (ajuda e ch).

Data: 14 / 03 / 11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Unidade
Nota clínica (#11): Paciente de 74 anos, sexo
feminino, com doença crónica renal, com
doença crónica renal, com creatinina elevada e
diálise hemodinâmica. Afecta o abdome, com
dor debaixo do fígado, sem febre, RHAQ
normal e sem alterações. Dados de 11 dias de
doença. Plano: iniciar dieta (ajuda e ch).

Data: 11 / 03 / 11 Serviço: Cirurgia Geral Sector: Enfermarias
Nota clínica (#12): Paciente de 68 anos, sexo
feminino, com doença crónica renal, com
doença crónica renal, com creatinina elevada e
diálise hemodinâmica. Afecta o abdome, com
dor debaixo do fígado, sem febre, RHAQ
normal e sem alterações. Dados de 11 dias de
doença. Plano: iniciar dieta (ajuda e ch).

Anexo IV

HISTÓRIA CLÍNICA DE CIRURGIA TORACICA

Identificação

Nome: M.A.R.A.O.

Sexo: Feminino.

Idade: 58 anos.

Raça: Caucasiana.

Profissão: Empregada doméstica (trabalhou durante 33anos em Fábrica de fiação; cessou funções na mesma fábrica há cerca de 15anos).

Residente: Santo Tirso.

Colheita da história clínica

Local: Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de São João.

Data da colheita da história: 31/03/2011.

Fonte e fiabilidade da informação

Informação fornecida pela própria doente que se encontrava consciente, colaborante, orientada no tempo e no espaço e com discurso coerente.

Processo Clínico.

Motivo de internamento

Internada para realização de lobectomia do lobo superior do pulmão direito.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Doente assintomática até há cerca de 3meses, altura em que nota o aparecimento de uma dor inespecífica na região do tórax direito. A dor não era constante, não era associada com esforços, e segundo a doente teria uma intensidade moderada, não obrigando a doente a recorrer a medicação analgésica; na maioria das vezes a dor tinha uma duração curta (“uns minutos”-sic), e não tinha posição de alívio nem agravamento. Por vezes, a dor irradiava para a região lombar.

A doente nega história de patologia pulmonar ou cardíaca. Nega também outros sintomas e sinais, tais como tosse, hemoptises, dificuldade respiratória, palpitações, febre, perda de peso, ou outros.

Na sequência deste quadro a doente recorreu ao médico assistente, que, perante a sintomatologia, solicitou um RaioX pulmonar e estudo analítico. O estudo analítico não apresentava alterações, e o RaioX pulmonar revelou a presença de um nódulo pulmonar direito, com cerca de 18mm, de bordos espiculados.

Na sequência desta alteração, a doente foi referenciada para o serviço de Pneumologia do Hospital de S. João, para melhor esclarecimento e estudo daquela lesão.

Como parte do estudo da lesão, a doente efectuou TC Tórax que revela “imagem nodular de contornos espiculados no segmento apico-posterior do lobo direito, parecendo contactar com plano marginal e cisura. Não se observaram outras lesões”. No HSJ EPE efectuou estudo analítico, que não apresentou alterações.

Foi também realizada uma Pletismografia Corporal que revelou “obstrução das pequenas vias aéreas”. Efectuou também um Ecocardiograma, que revela “ligeira dilatação da Aurícula esquerda; boa função sistólica do Ventrículo esquerdo, com perturbação do relaxamento ventricular”.

Na continuação do estudo da lesão, a doente foi sujeita a uma laringobroncofibroscopia que revelou “traqueia e toda a árvore brônquica difusamente ruborizada; foi efectuada lavagem broncoalveolar no posterior do lobo superior direito”. A posterior análise do lavado foi negativa para células malignas.

O passo seguinte no estudo da doente foi a realização de uma biopsia por agulha fina; o exame citológico da amostra recolhida mostra “polinucleares neutrófilos, sangue e raros grupos epiteliais envolvidos em fibrina com núcleos volumosos muito irregulares com fendas e pseudoinclusões. Identifica-se ainda a presença de uma esfera de material denso e hialino eosinófilo. Conclusão: carcinoma S.O.E.”.

A doente efectuou ainda uma Tomografia positrões de Corpo inteiro (PET-CT) que revelou “lesão pulmonar com avidéz por 18F-FDG no lóbulo superior direito; sem evidência de metástases”.

Assim, após todo o estudo efectuado, a doente foi proposta para lobectomia do lobo superior do pulmão direito.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Antecedentes patológicos da infância

- Refere ter tido varicela e sarampo durante a infância.
- Desconhece outras doenças.

Antecedentes patológicos da idade adulta

- Patologia tiroideia, seguida na consulta de endocrinologia do HSJ EPE.
- Patologia osteo-articular do joelho esquerdo, a aguardar chamada para cirurgia.

História cirúrgica prévia

- Laqueação tubar bilateral à 25anos.
- Cirurgia para correcção de lesão na mão esquerda há 25anos.
- Histerectomia há 14anos.
- Cirurgia às varizes em 2008

Medicação habitual

- Eutirox® 50mcg/dia.

Transfusões

- Nega ter efectuado transfusões.

Vacinação

- PNV actualizado.
- Nega vacinas extra PNV.

Viagens

- Nega viagens recentes ao estrangeiro.

Alergias

- Sem alergias conhecidas a alimentos, medicamentos ou outros produtos químicos.

Hábitos tabágicos

- Nega hábitos tabágicos.

Hábitos alcoólicos

- Nega hábitos alcoólicos.

Hábitos alimentares

- Dieta variada, sem qualquer tipo de restrição alimentar. Faz quatro refeições diárias.
- Admite excesso de gorduras esporadicamente.
- Sopa muito raramente. Refere ausência de restrição salina.

Antecedentes familiares

- Sem antecedentes familiares de relevo.

REVISÃO DE SINTOMAS POR SISTEMA

Sintomas constitucionais gerais

- Nega perda de peso nos últimos meses ou anos.
- Nega arrepios ou hipersudorese.

- Nega mal-estar.
- Nega intolerância ao frio ou ao calor.

Pele, Olhos, Ouvidos, Nariz, Boca e garganta, Hematológico, Gastrointestinal, Genitourinário, Musculo-esquelético, Neurológico, Psiquiátrico

- Sem alterações
- Flexão do membro inferior esquerdo dolorosa a nível do joelho.

Respiratório

- Nega dispneia. Nega tosse.
- Refere dor ocasional ao respirar.
- Nega cianose, pieira, hemoptises ou história de tuberculose.

Endócrino

- Refere patologia tiroideia, medicada com Eutirox® 50mcg.
- Nega aumento ou dor da tiróide, intolerância ao frio e ao calor, polidipsia, poliúria, polifagia, modificações da pelagem corporal.

Cardiovascular

- Nega angina. Nega palpitações, dor torácica.
- Nega claudicação intermitente. Nega extremidades frias.
- Nega dislipidemia.
- Nega veias varicosas, edema, descoloração da pele ou úlceras.

Mama

- Nega tumefacções, galactorreia, dor, hipersensibilidade.
- Nega anormalidades sensitivas ou de coordenação.

EXAME FÍSICO

Estado actual

Doente consciente, colaborante, orientada no tempo e no espaço, sem deformidades observáveis e com posição preferencial deitado no leito. Idade aparente coincidente com a idade real. Mucosas coradas e hidratadas. Sem sinais de dificuldade respiratória.

Sinais vitais

Temperatura auricular de 36,5 °C (apirética).

Pulso (radial): rítmico, regular, simétrico e de amplitude normal.

Frequência cardíaca: 67 bpm.

Tensão arterial (avaliada com esfigmomanómetro electrónico medido no membro superior direito na posição sentada):

Pressão sistólica: 132 mmHg.

Pressão diastólica: 72 mmHg.

Frequência respiratória: 16 cpm, rítmica.

Relação inspiração/expiração normal.

Pele e faneras, Cabeça, Pescoço, Abdómen, Membros superiores, Dorso, Membros inferiores, Exame neurológico:

- Sem alterações.
- Limitação da flexão do membro inferior esquerdo; flexão dolorosa.

Tórax

- Tórax de configuração e coloração normais, simétrico, sem dismorfias nem tumefacções.
- Diâmetro transversal e antero-posterior normais.
- Sem rede venosa colateral visível.

Sistema respiratório

Inspeção

- Ausência de tiragem intercostal e supra-clavicular.
- Respiração rítmica com amplitude e frequência normais, com 16 cpm. Relação expiração/inspiração sem alterações.

Palpação

- Expansibilidade normal e simétrica, ausência de frémios.
- Ausência de adenopatias ou tumefacções.

Percussão

- Timpanismo bilateral.
- Macicez hepática abaixo do 4º espaço intercostal.

Auscultação

- Murmúrio vesicular audível, bilateral e simétrico.
- Sem outros sons audíveis.

Área cardíaca

Inspeção

- Área de impulso máximo não visível.

Palpação

- Área de impulso máximo não palpável. Ausência de frêmitos.
- Ausência de lifting para-esternal. Ausência de dor.

Auscultação

- S1 e S2 rítmicos e de normal intensidade.
- Ausência de 3º e 4º sons cardíacos, sopros e atrito pericárdico.

RESUMO

Doente do sexo feminino, 58anos, com antecedentes de doença tiroideia e patologia osteoarticular do joelho esquerdo. Por queixas de dor torácica intermitente e indefinida, foi sujeito a estudo torácico que revelou nódulo de 18mm no Lobulo Superior do Pulmão direito, sujeito a estudo histológico com resultado de neoplasia. PET efectuado foi negativo para a presença de metástases. Restante estudo efectuado não revelou alterações de relevo. Doente internada para realização de lobectomia do lóbulo superior do pulmão direito.

LISTA DE PROBLEMAS

- Nódulo de 18mm no lobo superior direito, com resultado histológico de neoplasia, sem metástases no estudo efectuado por PET.
- Patologia tiroideia medicada com Eutirox® 50mcg.
- Patologia osteoarticular do joelho esquerdo.

PROGNOSTICO

A remoção cirúrgica de tecido pulmonar, seja apenas de um lobo, ou de todo o pulmão (pneumectomia), acarreta graves consequências na função fisiológica pulmonar, bem como no sistema cardiovascular e espaço pleural.

A função pulmonar global declina após a cirurgia. Assim, verifica-se uma diminuição de vários parâmetros de avaliação da função pulmonar, tais como o FEV1, capacidade vital forçada, capacidade de difusão do monóxido de carbono. A complacência dos pulmões diminui, aumenta a resistência ao fluxo de ar, e o espaço morto pode aumentar ou diminuir. Por outro lado, a SatO2 geralmente não se altera.

Em relação ao sistema cardiovascular, a literatura não é clara, mas se o tecido pulmonar restante estiver livre de doença, não são de esperar grandes alterações. Ainda assim, poderão ocorrer arritmias, principalmente fibrilhação auricular, infarte do miocárdio ou embolismo pulmonar.

Podem ainda ocorrer complicações como hemotórax agudo e fistula broncopleurais.

F - Notas Clínicas

Data: 29/03/11 Serviço: Cirurgia Cardíaco-Torácica Sector: EAD - ECO
 Nota clínica (#21): Doente do sexo feminino, 31 anos, c/ HTA, dia-
lipidémica e obesidade. Tem obstrução valvular aórtica grave e
insuficiência mitral moderada desde há vários anos. Tem também
FA controlada sob oca po-~~ta~~ tem HVE, doença moder-
ada dos arcos aórticos, aterosclerose aórtica calcificada, presença de
valva mitral c/ fibrose e alguns depósitos de cal-
ci. HTL moderada.

Ken

Data: 29/03/11 Serviço: C. Cardíaco-Torácica Sector: C. Farmácia
 Nota clínica (#22): Doente do sexo feminino, 44 anos, encaminhada em
nome do H. de C. para o serviço de cardiologia. Apresenta
Apresenta odo aórtica e bicuspidal c/ SAO. de 80%.
Exame físico normal. "cardiologia cardiaca direita dilata-
ção de 1/2, CIV aumentada quando (10 mm) c/ SAO
hemian 2-3, de altura da este cerca de 50% sobre a CIV;
valvula aórtica grave, tríplice c/ presença de regurg. aórtica;
valvula mitral moderada, regurg. aórtica moderada; bicuspidal aórtica;

Ken

Data: 30/03/11 Serviço: C. Cardíaco-Torácica Sector: C. Farmácia
 Nota clínica (#23): Doente do sexo masculino, 61 anos, encaminhado
de de consulta de cardiologia // dilata-~~ção~~ aórtica moderada
de este escalão, c/ regurg. aórtica moderada "calibre
cardíaco de 5,5 cm". Exame físico normal, sem
regurg. aórtica moderada de este escalão, c/ regurg. aórtica
moderada. Valvula aórtica bicuspidal c/ regurg. aórtica
moderada. Dilatação aórtica moderada. Dilatação aórtica
moderada. Dilatação aórtica moderada. Dilatação aórtica

Ken

Data: 30/03/2011 Serviço: C. Cardíaco-Torácica Sector: C. Farmácia
 Nota clínica (#24): Doente do sexo masculino, 61 anos, c/ cardi-
opatia de condutância isquémica c/ r. de exames ap-~~ta~~
c/ c. de SAO de 80% em exames anteriores. Dilata-
ção de 5,5 cm. Exame físico normal. Exame físico normal
com FVE conservada. Insuficiência da regurg. aórtica
moderada. Exame físico normal. Exame físico normal
moderada. Exame físico normal. Exame físico normal
moderada. Exame físico normal. Exame físico normal

Ken

F - Notas Clínicas

160

Data: 29/03/11 Serviço: Cardiologia Sector: 6.1.1
Nota clínica (#25): Doença do aparelho respiratório, 61 anos, história
de bronquite da infância direita, provavelmente
relacionada com o uso de fumarato, com possível enfisema
bolso septal pulmonar. No momento, sem sintomas
de insuficiência respiratória de tipo 2. Gx 58 -
isolamento de pneumococos sensíveis a ampicilina
em cultura de secreção. Foi prescrito 1 litro de
ampicilina.

Anexo IV: História e notas clínicas efectuadas no estágio de CT

Anexo V

HISTÓRIA CLÍNICA DE CIRURGIA VASCULAR

Identificação

*Nome:*J.S.M.C.

Sexo: Masculino.

*Idade:*62 anos.

*Raça:*Caucasiano.

*Estado civil:*Divorciado.

*Profissão:*Agricultor.

*Naturalidade:*Leça do Balio .

*Residente:*Leça do Balio.

Colheita da história clínica

*Local:*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de São João, cama N.º 12.

*Data da colheita da história:*21/02/2011.

Fonte e fiabilidade da informação

Informação fornecida pelo próprio doente que se encontrava consciente, colaborante, orientado no tempo e no espaço e com discurso coerente.

Processo Clínico e aplicação Alert.

Queixa principal

Claudicação intermitente no membro inferior direito para distâncias superiores a 20 metros.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Doente de 62 anos, ex-fumador, com antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo 2, HTA, dislipidemia, angina estável e enfarte agudo do miocárdio (no ano de 2002), refere claudicação intermitente no membro inferior direito para distâncias superiores a 20 metros.

Doente assintomático até há cerca de 6 anos, altura em que nota, para esforços superiores a 400 metros, uma ligeira sensação de “peso”-sic e câibras no membro inferior direito, que melhoravam com o repouso. A sensação aliviava com alguns minutos de descanso, e não era acompanhada por outras queixas, nomeadamente dor ou edema. Refere que a sensação de peso e as câibras se concentravam essencialmente na região da coxa direita.

O doente nega história de traumatismo aquando do aparecimento das câibras. Refere também que na sua actividade diária caminhava bastante, e nunca tinha percepcionado uma limitação para tão curtos percursos, mesmo apesar de lhe ter sido diagnosticado angina de peito estável.

Pela mesma altura, nota aparecimento de um quadro de disfunção erétil, que o levou a recorrer a uma consulta de Urologia, sendo medicado com fármaco que não sabe especificar.

Ao longo do tempo, iniciou no membro inferior esquerdo queixas semelhantes de sensação de peso, com diminuição progressiva da distancia percorrida até ao inicio dos sintomas. Refere que a sensação de peso não era acompanhada de dor nem edema.

Em 2009, refere que apenas conseguia percorrer cerca de 30 metros sem aparecimento da sintomatologia referida, facto que o levou a recorrer ao médico assistente, que posteriormente o referenciou para a consulta externa de Cirurgia Vasculiar do Hospital de S. João EPE. Na mesma altura, refere o aparecimento de uma úlcera no calcâneo direito. Durante cerca de 8 meses efectuou cuidados de penso bi-semanais no centro de saúde da área de residência.

Na consulta de cirurgia vascular, o doente foi avaliado e realizou vários exames, que revelaram um Índice Tornozelo Braço de 0.55 à direita, e 0.94 à esquerda (anexo n.º1). Realizou uma cintigrafia de perfusão miocárdica que não apresentou alterações relevantes. Durante o seguimento efectuou também uma angiografia que revelou oclusão da artéria ilíaca comum direita (anexo n.º2).

No seguimento destes achados, o doente foi internado em Julho de 2010 para tentativa de angioplastia ilíaca direita, a qual não obteve sucesso. Sendo assim, foi decidido realizar um Bypass Femoro-Femoral cruzado.

A cirurgia decorreu sem intercorrências, e o doente teve alta ao 12.º dia de internamento, apresentando boa evolução clínica.

O doente refere melhoria da claudicação intermitente após a cirurgia, conseguindo realizar as suas actividades de vida diárias sem qualquer tipo de limitação.

No entanto, aproximadamente no inicio de Janeiro de 2011, o doente refere que notou uma diminuição de temperatura do todo o membro inferior direito, de maior intensidade no pé. Nega dor e edema. Nota também claudicação intermitente para 100 metros, que aumentou de intensidade rapidamente, chegando a ter claudicação para distâncias superiores a 20 metros.

No final do mês de Janeiro, após longa viagem de carro, refere inicio de uma dor aguda no membro inferior direito, que classifica de “muito intensa” – sic. Refere que o membro inferior direito apresentava ligeiro edema, e a dor não aliviou com o repouso. Recorre no mesmo dia ao serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, onde efectua medicação analgésica que não sabe especificar, com aparente melhoria da dor, tendo recebido alta no mesmo dia.

Nos dias seguintes apresentava ligeira dor em repouso no membro inferior direito, sem factores de alívio nem agravamento.

Como parte do seguimento da cirurgia que havia feito no Hospital de S. João, o doente efectuou um Ecodoppler no dia 31 de Janeiro, que revelou sinais sugestivos de oclusão do Bypass Femoro-Femoral (anexo n.º3). Assim, em consulta de Cirurgia Vasculiar que o doente teve poucos dias depois, foi decidido o internamento para revisão do Bypass.

Nesse sentido, o doente foi internado no dia 5 de Fevereiro. Já no internamento, efectuou novo estudo hemodinâmico, que revelou um Índice Tornozelo Braço de 0.97 no lado esquerdo e 0.27 no lado direito (anexo n.º4). Efectuou também uma angiografia, com resultados sobreponíveis à angiografia que já havia realizado aquando da avaliação pre – operatória anterior (anexo n.º2).

Durante o internamento realizou também uma coronariografia, que revelou doença de 3 vasos, desfavorável a revascularização. De acordo com hemodinâmica, a única lesão passível de Intervenção Coronária Percutânea é a da coronária direita, que tem estenoses de 50-70% no segmento médio. Atendendo ao resultado da coronariografia, foi também pedida uma cintigrafia miocárdica que revelou

ligeiro defeito de perfusão ínfero-lateral (stress), com reversibilidade total no repouso. Ligeira dilatação do Ventriculo Esquerdo; alterações segmentares da motilidade septal; função sistólica global normal (FE stress 47%, repouso 51%).

No seguimento do quadro clínico foi decido realizar um Bypass AortoBifemoral, que decorreu no dia 22 de Fevereiro.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Antecedentes patológicos da infância

- Refere ter tido varicela e sarampo durante a infância.
- Desconhece outras doenças.

Antecedentes patológicos da idade adulta

- Diabetes Mellitus Tipo 2 diagnosticada há 12anos, com terapêutica de insulina e anti-diabético oral. O doente admite mau controlo glicémico, que atribui quer à não adesão à terapêutica, quer a eventuais excessos alimentares.
- Hipertensão arterial diagnosticada há 5anos, e com bom controlo tensional segundo o próprio.
- Dislipidemia diagnosticada há 10anos.
- Angina estável diagnosticada há 11anos.
- Enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST, há 9anos.
- Disfunção eréctil diagnosticada há 6anos.

História cirúrgica prévia

- Refere apendicectomia há 10anos.
- Cirurgia para remoção de quistos bilaterais a nível da articulação do ombro, há 2anos.
- Cirurgia para correcção de hérnia inguinal há 2anos.
- Bypass Femoro-Femoral Cruzado Esquerdo-Direito com Prótese PTFE 6mm, em Junho de 2010.

Medicação habitual

- Acido Acetilsalicílico 100mg
- Aliscireno 150mg
- Alprostadil
- Carvedilol 6.25mg
- Felodipina 10mg
- Insulina isofânica 14+13 unidades
- Irbesartan + Hidroclorotiazida 300mg + 12.5mg
- Lansoprazol 15mg

- Metformina 1000mg
- Pentoxifilina 400mg
- Sinvastatina 40mg

Transfusões

- Refere ter efectuado transfusões de sangue aquando da cirurgia de Bypass Femoro-Femoral, em Junho de 2010.

Vacinação

- PNV actualizado.
- Nega vacinas extra PNV.

Viagens

- Nega viagens recentes ao estrangeiro.

Alergias

- Sem alergias conhecidas a alimentos, medicamentos ou outros produtos químicos.

Hábitos tabágicos

- Ex-fumador. Carga tabágica de 80 UMA. Cessou hábitos tabágicos há 20 anos.

Hábitos alcoólicos

- Consome aproximadamente 1 copo de vinho tinto às refeições principais. Sem consumo de outras bebidas alcoólicas.

Hábitos sexuais

- Nega relações sexuais de risco. Refere disfunção erétil diagnosticada.

Consumo drogas ilícitas

- Nega consumo drogas ilícitas.

Hábitos alimentares

- Dieta variada, sem qualquer tipo de restrição alimentar. Faz quatro refeições diárias.
- Admite excesso de gorduras esporadicamente.
- Sopa muito raramente. Refere ausência de restrição salina.

Exercício físico

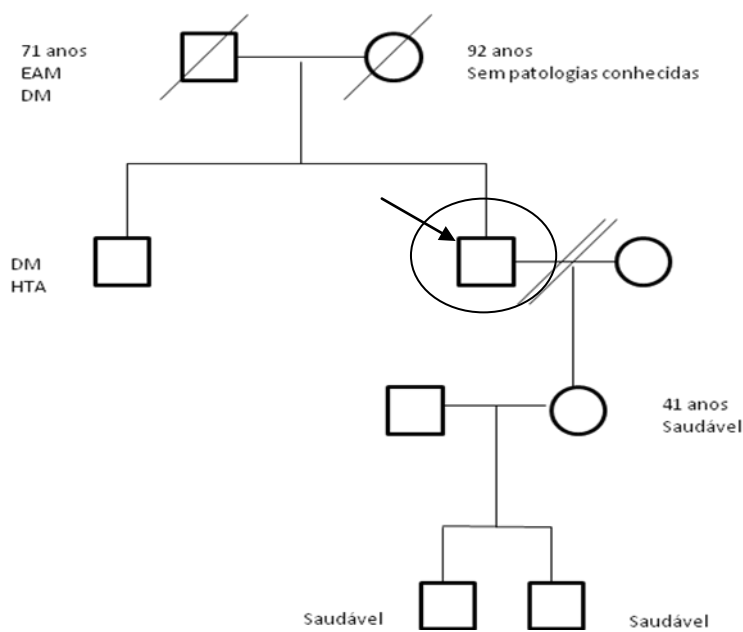
- Não pratica exercício físico com regularidade, para além do exercício inerente à actividade profissional de agricultor.

História social e profissional

- Sabe ler e escrever, tendo frequentado o antigo 5º ano de escolaridade.
- É católico.

- A habitação possui luz, água canalizada, saneamento básico, aquecimento, é bem arejada e não tem humidade.
- Vive sozinho, e é autónomo para as actividades da vida diária.

Antecedentes familiares



- I. Pai - Faleceu aos 71 anos vítima de Enfarte agudo do Miocárdio. Antecedentes de HTA e DM.
- I. Mãe - Faleceu aos 92 anos, sem nenhuma patologia conhecida.
- II. Irmão – 58 anos. Sofre de HTA e DM.
- III. Filha – 41 anos, saudável.

REVISÃO DE SINTOMAS POR SISTEMA

Sintomas constitucionais gerais

- Nega perda de peso nos últimos meses ou anos.
- Nega arrepios ou hipersudorese.
- Nega mal-estar. Refere astenia.
- Nega intolerância ao frio ou ao calor.
- Refere diminuição da força em ambos os membros inferiores.
- Diferença diminuição da amplitude dos movimentos dos membros superiores, sem alterações na força muscular.

Pele

- Pele com coloração normal e hidratada.

- Nega eritema, erupções, prurido, história de eczema, secura de pele ou alterações do cabelo.
- Refere alterações das unhas de ambos os pés.

Olhos

- Refere catarata no olho direito.
- Nega diplopia, fotofobia, dor ocular, lacrimejo excessivo, olho vermelho, história de infecções oculares, glaucoma, traumatismo ocular, uso de colírios ou outra medicação.

Ouvidos

- Refere diminuição acentuada da acuidade auditiva no ouvido direito.
- Nega otalgia, infecções, vertigens, zumbidos e otorreia.

Nariz

- Nega alterações do olfacto, obstrução nasal, epistaxis, rinorreia, sinusite, traumatismo e frequência exagerada de infecções respiratórias altas.

Boca e garganta

- Apresenta cáries dentárias.
- Nega sialorreia. Nega úlceras na cavidade oral. Nega abscessos, gengivorragias, faringites, modificações da voz, alterações do gosto.
- Nega faringites, rouquidão, modificações da voz.

Endócrino

- Refere diabetes mellitus tipo 2, medicado com insulina e antidiabético oral.
- Nega aumento ou dor da tiróide, intolerância ao frio e ao calor, polidipsia, poliúria, polifagia, modificações da pelagem corporal.

Respiratório

- Nega dispneia. Refere episódios de tosse sem secreções.
- Nega dor ao respirar, cianose, pieira, hemoptises ou tuberculose.

Cardiovascular

- Refere angina diagnosticada há 11anos.
- Refere EAM sem elevação do segmento ST há 9anos.
- Refere claudicação intermitente para 20metros, com agravamento progressivo desde há 6anos.
- Refere dislipidemia desde há 10anos.
- Refere perda de pelos em ambas as extremidades dos membros inferiores.
- Nega palpitações, dor torácica
- Refere extremidades frias.
- Nega veias varicosas, edema, descoloração da pele ou úlceras.

Hematológico

- Nega anemia, trombose, equimoses, petéquias, tendência para hematomas ou hemorragias, tromboflebite.

Linfático

- Nega nódulos linfáticos aumentados, dolorosos e supuração.

Gastrointestinal

- Refere obstipação.
- Nega alterações do apetite. Nega disfagia, pirose, intolerância alimentar.
- Nega diarreia. Nega náuseas. Nega dor abdominal ou rectal.
- Nega hematemeses, melenas, tenesmo, rectorragias, heematoquezias, hemorróides.
- Nega história de icterícias ou história de doença hepática.

Genitourinário

- Nega disúria, dor suprapúbica, hematúria, hesitação, emissão de cálculos, DST e modificações do jacto.
- Nega poliaquiúria, noctúria e dificuldade no início da micção.
- Refere disfunção erétil.

Mama

- Nega tumefacções, galactorreia, dor, hipersensibilidade.

Músculo-esquelético

- Refere restrição de movimentos nos membros superiores, sem alterações na força.
- Refere diminuição da força dos membros inferiores.
- Nega paralisia, rigidez muscular, gota, dor articular.

Neurológico

- Nega perdas de consciência, alterações de linguagem, alucinações, desorientação.
- Nega perda de memória, traumatismo craneo-encefálico, convulsões, paralisia, tremor.
- Nega anormalidades sensitivas ou de coordenação.

Psiquiátrico

- Nega depressão, modificações de humor, dificuldades de concentração, nervosismo, perdas de memória, tensão emocional, irritabilidade, distúrbios do sono e tendências suicidas.

EXAME FÍSICO

Estado actual

Doente consciente, colaborante, orientado no tempo e no espaço, sem deformidades observáveis e com posição preferencial deitado no leito. Idade aparente coincidente com a idade real. Mucosas coradas e hidratadas. Sem sinais de dificuldade respiratória.

Sinais vitais

Temperatura auricular de 36,5 °C (apirético).

Pulso (radial): rítmico, regular, simétrico e de amplitude normal.

Frequência cardíaca: 67bpm.

Tensão arterial (avaliada com esfigmomanómetro electrónico medido no membro superior direito na posição sentada):

Pressão sistólica: 152 mmHg.

Pressão diastólica: 82 mmHg.

Frequência respiratória: 16cpm, rítmica.

Relação inspiração/expiração normal.

Antropometria

Altura: 1,78 m

Peso: 84Kg

IMC: 26,5kg/m² - Excesso de peso.

Pele e faneras

- Pele com textura, temperatura e hidratação normais.
- Sem edemas ou sudorese excessiva.
- Sem outras alterações primárias (nódulos, tumores, vesículas, bolhas ou pústulas) e sem lesões secundárias (erosões, úlceras, fissuras, escoriações, atrofia, esclerose). Sem descamação.
- Unhas de ambos os pés quebradiças e deformadas.
- Rarefacção pilosa em ambos os membros inferiores.

Cabeça

Inspeção

- Crânio de configuração normal, simétrica, sem dismorfias, assimetrias, tumefacções ou cicatrizes.
- Couro cabeludo hidratado, sem ulcerações e indolor à palpação.
- Cabelo de cor branco e preto com textura, brilho e espessura normais.
- Alopecia marcada.
- Região frontal de configuração normal; rugas simétricas e horizontais.
- Arcadas supraciliares de configuração e pilosidade normal.

Palpação

- Ausência de pontos dolorosos, massas ou tumefacções.
- Mobilidade das articulações temporomandibulares normal. Ausência de dor à palpação e à mobilização activa.
- Pulsos temporais presentes, simétricos, rítmicos, amplos e regulares. Artérias temporais sem sopros, frémitos ou tortuosidades e indolores à palpação.
- Apófises mastóides e seios frontais indolores à palpação e percussão.
- Gânglios retroauriculares e occipitais não palpáveis.

Olhos

- Visão periférica normal.
- Íris de cor castanha. Sobrancelhas e pestanas com implantação e configuração sem alterações. Pálpebras com mobilidade sem alterações. Conjuntivas coradas e hidratadas. Globos oculares simétricos, sem exoftalmia nem endoftalmia, e com mobilidade sem alterações.
- Pupilas com tamanho normal e contorno regular, isocóricas e simétricas. Reflexo fotomotor directo e contralateral presente bilateralmente. Reflexo de convergência normal.
- Oftalmoscopia não realizada.
- Ausência de edemas periorbitários.
- Glândulas lacrimais sem obstruções nem inflamação.

Ouvidos

- Pavilhões auriculares de implantação normal. Canais auditivos externos de aspecto normal e simétricos. Ausência de escurência, lesões ou corpos estranhos nos canais auditivos externos, adenomegalias retroauriculares, dor à palpação da região mastoidea.
- Exame otoscópico não realizado.
- A acuidade auditiva não foi testada mas encontra-se aparentemente normal à esquerda, e diminuída à direita.

Fossas nasais

- Pirâmide nasal com implantação e configuração normal, septo central, simetria da pirâmide (eixo sem desvio); ausência de escurências, epistáxis, rinorreias e massas/tumefacções ou pólipos.
- Mucosa hidratada, de coloração normal e sem lesões. Sem edema ou dor à palpação sobre os seios perinasais.
- Não foi efectuado o teste de discriminação de odores nem a rinoscopia anterior.

Face

- Sem dismorfias, tumefacções, cicatrizes e ulcerações. Sem *fácies* característico.
- Sem telangiectasias e sem rosetas malares.
- Articulações temporomandibulares simétricas com boa mobilidade.
- Motricidade e simetria preservadas.

Cavidade oral e faringe

- Presença de cáries dentárias.
- Dentição incompleta.
- Lábios hidratados, com configuração, mobilidade e coloração normais. Sem edemas nem massa visíveis ou palpáveis.
- Comissuras labiais simétricas e de configuração normal.
- Aparência normal da língua, mucosa oral e pavimento da boca.
- Língua com protusão normal (sem desvios) e hidratada. Papilas linguais de aspecto normal.
- Amígdalas presentes e sem sinais de tumefacção. Orofaringe sem alterações visíveis e sem sinais inflamatórios.
- Voz normal. Não efectuada a discriminação do paladar. Sem hiperplasia linfóide.
- Úvula simétrica e de mobilidade normal.
- Sem abscessos.

Pescoço

Inspeção

- Configuração normal, sem massas, tumefacções, cicatrizes ou lesões visíveis.
- Mobilidade em todas as direcções e força muscular normais, sem dor ou limitações.
- Simetria do músculo trapézio e esternocleidomastoideu, sem desvio dos eixos.
- Ausência de tiragem supra-clavicular ou supra-esternal.
- Traqueia centrada em posição mediana.

Palpação

- Pulsos carotídeos presentes bilateralmente, simétricos, rítmicos, amplos e regulares.
- Ausência de dilatações, frémitos ou sopros.
- Traqueia com mobilidade transversal normal e móvel na deglutição.
- Cartilagens tiróidea e cricóide palpáveis e centradas. Osso hióide palpável à deglutição.
- Glândula tiróide não palpável.
- Sem adenomegalias cervicais palpáveis.
- Glândulas salivares de dimensões e consistência normais. Sem nódulos. Indolor à palpação.

Tórax

- Tórax de configuração e coloração normais, simétrico, sem dismorfias nem tumefacções.
- Diâmetro transversal e antero-posterior normais.
- Sem rede venosa colateral visível.

Sistema respiratório

Inspeção

- Ausência de tiragem intercostal e supra-clavicular.
- Respiração rítmica com amplitude e frequência normais, com 16 cpm. Relação expiração/inspiração sem alterações.

Palpação

- Expansibilidade normal e simétrica, ausência de frêmitos.
- Ausência de adenopatias ou tumefacções.

Percussão

- Timpanismo bilateral.
- Macicez hepática abaixo do 4º espaço intercostal.

Auscultação

- Murmúrio vesicular audível, bilateral e simétrico.
- Sem outros sons audíveis.

Área cardíaca

Inspeção

- Área de impulso máximo não visível.

Palpação

- Área de impulso máximo não palpável. Ausência de frêmitos.
- Ausência de lifting para-esternal. Ausência de dor.

Auscultação

- S1 e S2 rítmicos e de normal intensidade.
- Ausência de 3º e 4º sons cardíacos, sopros e atrito pericárdico.

Abdómen

Inspeção

- Cicatriz mediana a nível do umbigo, outra a nível do flanco direito e duas nas regiões inguinais.
- Abdómen simétrico, globoso. Mobilidade com os movimentos respiratórios presente e normal. Ausência de peristaltismo visível e de circulação colateral.
- Pulsatilidade aórtica não visível.
- Umbigo sem alterações cutâneas, escorrências ou hemorragias.

Palpação superficial

- Abdómen mole e depressível. Indolor à palpação superficial.

- Sem nódulos ou massas palpáveis. Musculatura abdominal pouco tonificada.
- Umbigo sem nódulos palpáveis nem herniações.

Palpação profunda

- Não dolorosa.
- Sem massas ou nódulos palpáveis.
- Sem hepatoesplenomegalia.

Percussão

- Timpanismo abdominal preservado.

Auscultação

- Ruídos hidro-aéreos presentes e de características normais.
- Sem sopros.

Membros superiores

Inspeção

- Pele sem variações de pigmentação e com distribuição pilosa normal. Unhas e leito ungueal e de coloração normal e sem anomalias.
- Ausência de tumefacções e de deformações.

Palpação

- Sem pontos dolorosos ou tumefacções.

Mobilização

- Mobilidade activa e passiva indolor.
- Amplitude de extensão e abdução reduzida em ambos os membros.

Pulsos

- Pulsos braquial, radial e cubital presentes, simétricos, rítmicos, regulares e de amplitude normal.
- Pulsos síncronos com os batimentos cardíacos.

Dorso

- Sem alterações.

Membros inferiores

Inspeção

- Pele sem variações de pigmentação e com distribuição pilosa anormal, nomeadamente na extremidade de ambos os membros. Unhas e leito ungueal de aspecto frágil e quebradiço.
- Ausência de tumefacções e deformações.
- Ausência de edema.

Palpação

- Ausência de pontos dolorosos e deformações.

Mobilização

- Mobilização activa e passiva não dolorosas e normais.
- Amplitude da extensão e flexão contra resistência reduzidas em ambos os membros.
- Força reduzida em ambos os membros. Grau III.

Pulsos

- Pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso não palpáveis no membro inferior direito; no membro inferior esquerdo os mesmo eram palpáveis, rítmicos, irregulares e de amplitude reduzida.

Exame urogenital

- Toque rectal: não efectuado.

Exame neurológico

- Memórias recente e remota preservadas. Discurso coerente.
- Estado mental: vigil.
- Marcha normal.
- Pares cranianos: Sem alterações.
- Função cerebelosa: Sem alterações da coordenação motora. Sem dismetria. Marcha e equilíbrio normais.
- Linguagem: Sem alterações.
- Funções cognitivas: Preservadas a nível da linguagem, da fala e do raciocínio.
- Reflexos: Bicipital, tricipital, radial e rotuliano presentes bilateralmente e simétricos.

Sistema muscular:

- Tónus muscular: tonicidade normal.
- Força muscular: diminuída.
- Reflexo cutâneo-plantar – ausência de sinal de Babinski.

Sensibilidade: Sensibilidades superficial (táctil e dolorosa) e profunda (vibratória e postural) normais.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

No Hospital de São João, atendendo ao quadro clínico do doente, recorreu-se aos seguintes exames complementares de diagnóstico:

- Hemograma e Ionograma;
- Angiografia
- Estudo hemodinâmico
- Coronariografia
- Cintigrafiamiocárdica.

Resultados:

<u>Hemograma</u>	
Hemoglobina (g/dL)	10.9
Volume Globular (%)	33.3
MCV (fL)	78
MCHC (g/dL)	32.7
Leucócitos (x10 ⁹ /L)	8.94
Neutrófilos (%)	78.9
Linfócitos (%)	11
Plaquetas (x10 ⁹ /L)	218

<u>Bioquímica Hepática e Renal</u>	
Proteínas Totais (g/L)	50.7
AST (U/L)	18
ALT (U/L)	34
G-GT (U/L)	26
Fosfatase Alcalina (U/L)	59
Bilirrubina Total (mg/L)	0.93
Ureia (mg/dL)	30
Creatinina (mg/dL)	1.0
Cálcio (mEq/L)	3.7
Fósforo (mg/dL)	3.3
Magnésio (mEq/L)	1.24
Sódio (mEq/L)	140
Potássio (mEq/L)	3.7
Cloretos (mEq/L)	113
Troponina I	≤0.010
CK - CreatinaQuinase	115

- Angiografia (já descrito na história da doença actual)
- Estudo Hemodinâmico (já descrito na história da doença actual; anexo n.º 4)
- Cintigrafia: efectuada com sobrecarga farmacológica com adenosina, sem complicações (já descrita na História da doença actual).
- Coronariografia (já descrita na História da doença actual).

RESUMO

Doente do sexo masculino, 62anos, ex-fumador, com antecedentes de DM, HTA, dislipidemia, angina estável e EAM sem elevação do segmento ST. Por queixas de claudicação intermitente, não associada a dor nem edema, para distâncias superiores a 20metros, com oclusão da artéria ilíaca comum direita, foi sujeito a Bypass femoro-femoral cruzado esquerdo-direito, em Julho de 2010. No início de 2011, por novas queixas de claudicação intermitente associadas a dor em repouso, foi novamente internado, tendo-se verificado uma oclusão do bypass previamente efectuado. Nesse sentido, foi submetido a nova intervenção cirúrgica no dia 22 de Fevereiro de 2011, com realização de Bypass Aorto-Bifemoral com anastomoses distais às AFS.

LISTA DE PROBLEMAS

- Claudicação intermitente para distâncias superiores a 20 metros, com dor em repouso.
- DM tipo II com mau controlo glicémico
- HTA
- Dislipidemia
- Angina estável
- Disfunção eréctil

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

-Isquemia crónica do membro inferior direito de causa arteriosclerótica: Isquemia grau III (Classificação de Leriche-Fontaine).

TRATAMENTO EFECTUADO

- Bypass aorto-bifemoral com anastomoses distais às AFS, ProteseDacron® 14-7mm. Optou-se pela manutenção do Bypass cruzado, devido ao facto de este não apresentar sinais de infecção, e também por questões técnicas.
- Medidas educacionais, alertando para a necessidade de controlo de factores de risco como DM, HTA e Dislipidemia, com uma adequada adesão terapêutica.
- Medidas de suporte gerais, durante o internamento.
- Manutenção da terapêutica em curso

DISCUSSÃO E PROGNÓSTICO

A doença arterial periférica é uma doença degenerativa, progressiva e sistémica, condicionada por diversos factores de risco, muitos dos quais presentes neste doente.

Vários estudos estabeleceram relações entre determinados factores de risco e o desenvolvimento de doença arterial periférica. Dados do FraminghamHeartStudy, de 381 homens e mulheres seguidos durante 38 anos, mostram um *odds ratio* para desenvolvimento de claudicação intermitente de 1.2 por cada 40mg/dL de aumento na concentração de colesterol sérico; 1.4 por cada 10 cigarros fumados por dia; 1.5 e 2.2 por hipertensão moderada ou grave, respectivamente; e 2.6 por diabetes mellitus. Para além disso, este estudo mostrou que os pacientes com diabetes mellitus possuem doença arterial periférica mais grave e com pior prognóstico que os doentes não diabéticos.

Todos estes factores de risco estão associados não só com aumento de prevalência da doença arterial periférica, bem como pelo seu desenvolvimento em idades mais precoces. Importa ainda notar que a doença arterial periférica é um equivalente coronário.

Encontramos neste doente praticamente todos os factores de risco associados a doença arterial periférica, o que configura um quadro grave, compatível com as manifestações da doença que o doente tem, e também com os resultados dos exames efectuados, nomeadamente o Índice Tornozelo Braço do membro inferior direito (0.55 antes da primeira cirurgia, e 0.27 antes da segunda cirurgia).

Os sintomas do doente foram agravando ao longo dos anos, passando de uma claudicação intermitente com distâncias superiores a 400metros, para uma claudicação intermitente para distâncias superiores a 20metros, chegando inclusive a ter dor em repouso – Isquemia grau III (Classificação de Leriche-Fontaine). O doente apresenta também outros sintomas de doença arterial, tais como a doença anginosa do coração e a disfunção erétil. Este facto vem comprovar o mau controlo dos factores de risco do doente, grande parte deles por culpa do próprio, que durante a entrevista clínica denotou clara insensibilidade para a necessidade de correcção de estilos de vida, e necessidade de adesão adequada à terapêutica, de forma a manter as suas patologias controladas.

Atendendo à idade do doente (62anos), e a todas as manifestações e sintomas de doença arterial periférica presentes, nomeadamente cardíacas, o prognóstico desde doente é limitado.


Nos doentes com doença arterial periférica arteriosclerótica, a evolução é fortemente influenciada pela presença de doença arterial coronária e cerebrovascular; neste doente existem já manifestações de doença coronária, nomeadamente o enfarte de miocárdio sem elevação do segmento ST e a angina estável, o que piora ainda mais o prognóstico, assumindo total importância o controlo dos factores de risco presentes.

E - História Clínica (#7)

Resumo (cont.): História de diarreias: episódios agudos, ITU, Doença inflamatória felvica, geralmente episódios com febrilidade, queixas de abdómen, náuseas, vômitos. Exames complementares de diagnóstico: estudo analítico revela leucócitos ($24,64 \times 10^9/L$) e PCR aumentada (146 mg/L). Zet - HCG dentro dos valores normais. Exames de estudo analítico: ALT. Exames de laboratório felvica revelam: líquido peritoneal intracavitário; células mesoteliais; aumento da produção mesoteliais de fibrina; indícios de sublinha e tuberculose; episódio agudo de infeção intestinal / febre intermitente. Exames de sangue (foto anexa): hematócrito 15, Hb 6, plaquetas $110 \times 10^9/L$.

Dagóstico mais provável: episódio agudo de febre. Tratamento efetuado: ampicilina / sulbactam; fluoroquinolonas; paracetamol; analgésicos (paracetamol e morfina); antibióticos (ceftriaxona e metronidazol). Evolção no internamento: pós-efeitos de infeção intestinal no 3º dia pós-efeitos. Sem sinais de febre e sem.

Regresso: diarreia de novo episódio, 14 dias, abdominal cômico, vomito no 5º / 6º dias de início abdominal difuso, predominantemente no quadrante inferior direito, com alterações moderadas, e insucesso, sem febre de início agudo e progressivo (1 dia de início). Episódio último dia 4 dias. Após quatro episódios de diarreia com febre, vômitos de conteúdo alimentar e náuseas. Exames de estudo analítico revelam leucócitos e PCR aumentada. Exames de estudo analítico: infeção intestinal, infeção e febre intermitente, aumento de células mesoteliais mesoteliais e líquido de sublinha. Exames de estudo analítico: febre intermitente, aumento de células peritoneal. Pós-efeitos de infeção intestinal.

Apreciação:
 colite de 2h e dor esolada
 o Tutor: 

Data: 12/04/11 Serviço: Cirurgia Pediátrica Sector: Consult. ext. am
 Nota clínica (#31): Dor de abd. nos músculos, 3 anos. Refere-
ncia para a bruxa de cirurgia pediátrica por id-
reção da SV e hernia inguinal direita que ocorreu
Após algum episódio de espasmos do cordão umbilical, e
frangos de quisto do cordão. Discussão de fazer de
histerectomia com o anexo de BMD cirurgicamente
deletar anósmia, sendo feita com o sucesso e su-
cesso cirúrgico no caso.

Data: 16/04/11 Serviço: C. Pediátrica Sector: Consult. ext. am
 Nota clínica (#32): Dor de abd. inferior, 5 anos de idade.
Antecedentes de cirurgia da hérnia (1 ano) e redej. presu-
lida de imagem do abd. inferior, que confirma o diagnó-
stico. Não sintoma, já submetida a laparoscopia, e
sem sintoma, embora com dor de abd. e SV. Pós-
operatório de histerectomia. Antecedentes de epu-
ras no abd. e dejetos semi-liquidos. Frequência de
5/16 vezes / dia.



F - Notas Clínicas

Data: 12/04/11 Serviço: C. Pediátrica Sector: Consult. ext. am
 Nota clínica (#33): Dor de abd. nos músculos, 12 anos.
Qualidade da palpitação no abd. e SV. Discussão de fazer de
histerectomia com o anexo de BMD cirurgicamente
deletar anósmia, sendo feita com o sucesso e su-
cesso cirúrgico no caso.

Data: 13/04/11 Serviço: C. Pediátrica Sector: Tratamento
 Nota clínica (#34): Dor de abd. nos músculos, 3 anos. Refere-
ncia para a bruxa de cirurgia pediátrica por id-
reção da SV e hernia inguinal direita que ocorreu
Após algum episódio de espasmos do cordão umbilical, e
frangos de quisto do cordão. Discussão de fazer de
histerectomia com o anexo de BMD cirurgicamente
deletar anósmia, sendo feita com o sucesso e su-
cesso cirúrgico no caso.

Data: 14/04/11 Serviço: C. Pediátrica Sector: Tratamento
 Nota clínica (#35): Dor de abd. inferior, 5 anos de idade.
Antecedentes de cirurgia da hérnia (1 ano) e redej. presu-
lida de imagem do abd. inferior, que confirma o diagnó-
stico. Não sintoma, já submetida a laparoscopia, e
sem sintoma, embora com dor de abd. e SV. Pós-
operatório de histerectomia. Antecedentes de epu-
ras no abd. e dejetos semi-liquidos. Frequência de
5/16 vezes / dia.

opinião
de não
no dia
terão

Cirurgia Pediátrica

U. PORTO **FMUP** **UNIVERSIDADE DO PORTO**

Obstrução Intestinal Baixa No Recém-Nascido

Turma 2 – Grupo D

U. PORTO **FMUP** **UNIVERSIDADE DO PORTO** Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Classificação

- Mecânica
 - Extrínseca
 - Parietal
 - Endoluminal
- Adinâmica
 - Ileo peritonítico
 - Enterocolite necrotizante (NEC)
 - Ileo não peritonítico

U. PORTO **FMUP** **UNIVERSIDADE DO PORTO** Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Achados Clínicos e Diagnóstico

- Importância da história
 - Diagnóstico antenatal
 - Polihidramnios
 - Antecedentes familiares
- Importância da clínica
 - Vômitos
 - Precoces/tardios; tipo de vômitos
 - Distensão abdominal
 - Localizada/generalizada
 - Atraso/ausência de eliminação de mecônio
 - Síndrome de Down
 - Recusa alimentar, manifestações sistémicas

U. PORTO **FMUP** **UNIVERSIDADE DO PORTO** Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Achados Clínicos – Obstrução Alta

- Vômitos precoces
 - Com ou sem bile, atendendo ao local da obstrução em relação à Ampola de Vater
- Distensão abdominal ausente, ou localizada
 - Estômago e duodeno proximal dilatados
- Recusa alimentar
- Ausência ou atraso na eliminação do mecônio poderá estar presente

U. PORTO **FMUP** **UNIVERSIDADE DO PORTO** Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido


Achados Clínicos – Obstrução Baixa

- Vômitos tardios
 - Miséria das vezes vômitos biliares
- Distensão abdominal proeminente e generalizada
 - Ansa poderão ser palpáveis e até visíveis; quanto menor o número de ansas dilatadas, mais proximal será a obstrução intestinal
- Ausência ou atraso na eliminação do mecônio é frequente
- Importância do toque rectal
 - Anomalias anorectais

U. PORTO **FMUP** **UNIVERSIDADE DO PORTO** Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Diagnóstico Radiológico - Altas

- Radiografia Simples do Abdómen
 - Sinal da "dupla bolha" - obstrução completa





Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Diagnóstico Radiológico - Alta

- Estudo Gastrointestinal contrastado
- Obstrução Incompleta




*Ecografia



Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Diagnóstico Radiológico - Baixa

- Radiografia Simples do abdómen



A 1000 - Fígado et

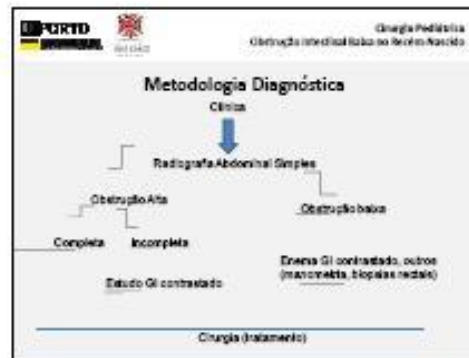


Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Diagnóstico Radiológico - Baixa

- Estudo Gastrointestinal contrastado










Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido


Considerações Gerais - Tratamento

- Entubação nasogástrica
 - *Descompressão Intestinal
- Correção de distúrbios hidroelectrolíticos e metabólicos
 - *Glicose IV, Fluidoterapia...
- Antibioterapia profilática
- Suporte Respiratório
 - *Evitar hipotermias e pneumonias de aspiração



Cirurgia Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Causas de Obstrução Intestinal Baixa Neonatal

- Atrésia Intestinal
 - Causa mais comum
 - 1:2700 nascimentos (1/3 das obstruções)
 - Mortalidade ≈ 10%

U. PORTO  **FMUP** **U. PORTO**
Clínica Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Causas de Obstrução Intestinal Baixa Neonatal

- Atrésia Intestinal
 - Jejunoileal
 - Classificação: I a IV
 - Tx: Anastomose primária

U. PORTO  **FMUP** **U. PORTO**
Clínica Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Causas de Obstrução Intestinal Baixa Neonatal

- Atrésia Intestinal
 - Cólon
 - Associação com Doença de Hirschsprung

U. PORTO  **FMUP** **U. PORTO**
Clínica Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido


Causas de Obstrução Intestinal Baixa Neonatal

- Estenose do Cólon
 - Congénita
 - Adquirida
 - Associação com Fibrose Cística

U. PORTO  **FMUP** **U. PORTO**
Clínica Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Causas de Obstrução Intestinal Baixa Neonatal

- Divertículo de Meckel
 - Vestígio do Ducto Vitelino
 - Íleo distal
 - Maioria dos casos assintomáticos
 - Pode causar sintomas obstructivos

U. PORTO  **FMUP** **U. PORTO**
Clínica Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido


Causas de Obstrução Intestinal Baixa Neonatal

- Íleo Meconial
 - Acumulação de mecónio intraluminal
 - Maioria resulta de Fibrose Cística

U. PORTO  **FMUP** **U. PORTO**
Clínica Pediátrica
Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Causas de Obstrução Intestinal Baixa Neonatal

- Vólvulo Cólon
 - Apresentação aguda

U. PORTO  **Clínica Pediátrica**
 Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

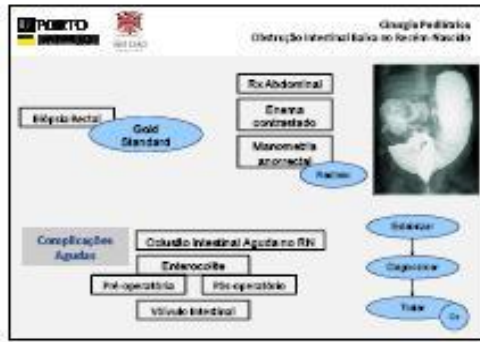
Causas de Obstrução Intestinal Baixa Neonatal

- Trauma
- Duplicação Intestinal
- Doença de Hirschsprung

U. PORTO  **Clínica Pediátrica**
 Obstrução Intestinal Baixa no Recém-Nascido

Doença de Hirschsprung

- Defeito na inervação entérica distal, caracterizada pela ausência de células ganglionares nas camadas submucosa e muscular e aumento das fibras colinérgicas
- Na maioria dos pacientes, afecta um pequeno segmento do cólon distal, com a zona de transição no cólon sigmoide
- Os sintomas podem começar logo após o nascimento, com um atraso na eliminação de mecórits. Outras vezes a história da doença é de uma obstipação crónica.
- A apresentação clínica mais comum é de obstrução distal. Pode apresentar expulsão explosiva de gases e fezes após a realização de toque rectal, o que pode aliviar a obstrução temporariamente
- A dificuldade na eliminação das fezes vai implicar uma distensão do intestino a montante e uma distensão abdominal.
- A radiografia simples de abdómen evidencia distensão de alças com ausência de ar nos segmentos distais, na maioria dos casos



Anexo VI: História, notas clínicas e trabalho sobre Obstrução Intestinal no Recém-nascido, efectuados no estágio de CPD

Anexo VII



E - História Clínica (#8)

Identificação: CSM, 86 anos, sexo feminino, natural de
Porto, institucionaliz. Data: 28/04/14 Serviço: Unidade de

Resumo: folhas de internamento: realização de cirurgia
e plastic de 3 lesões ulceroas no furo distal
História de doença atual: doente de 86 anos, institucionaliz,
relata dependência para as atividades de vida diária,
relata aproximadamente 3 lesões nodulares no furo lateral
inferior do furo distal, com aproximadamente 10 anos de
evolução da lesão de 1 cm. Pela história de internamento,
relata os sinais e sintomas sugestivos de insufici-
ência venosa crónica no furo arterial periferico. De
ya de. Durante os aproximadamente 10 anos dos mesmos
anos, com ulceroas a bordo fi ulceracioes para a
consulta de dermatologia onde foram efectuadas bio-
psias que revelaram resultados histologicos de Carcinoma E-
pisoidal. De sequencia deste resultado, a doente foi
referenciada para a Consulta externa de Cirurgia Plastica
Antecedentes pessoais: Hipertensao arterial, Diabetes Mellitus II,
Sindrome vertiginosa, quadro demencial
Controlo de medicação habitual: realiza 4 rotinas diarias, as
cuos principais de qualque alimento: PNV Actua-
lizado; nos consumos de alcohol e tabaco: Medicacao de-
betinol: Betaserc 16 mg, Moduretic 50 mg + 5 mg,
Lisinapril 5 mg, Tiental 400 mg, Valium 5 mg,
Atarax 25 mg, Anxigel 45 mg
Antecedentes familiares: irrelevantes
Lesões do aparelho respiratorio: nunca esteve gravemente
afetado e atualmente: não possui furo, amfio, fi-
bre e/ou dispnoea. Refer vertiginosa ocasional. Não
relata sinais e sintomas
Exame objetivo: doente consciente, colaborante, orientado
temporalmente, fala e mucosas coradas e hidratadas. An-
terica: Arterioesclerose presente e estatica;
sem outros pontos de HTA presentes e simetricos, sem
ruídos colaterais. Abdome: mole e depressivel, in-
disto a palpao, sem defesa, sem massas ou organome-
galias. Membros superiores: membros superiores superiores a
alto; membros inferiores distais com 3 lesões ulceroas no

E - História Clínica (#8)

Resumo (cont.): faz lateropulsão da perna, no aduen-
to ao plano profundo indolores. Sem adeno-
megalias infraclaviculares palpáveis. TA: 143/92 mmHg
FC 76 bpm. FR 17 cpm.

Resumo: doente de 36 anos, dependente para a soli-
citação de toda decisão, internado no Serviço de
Cirurgia Plástica para abscisão de 3 lesões alongadas na
face lateroposterior da perna direita, indolores, no
aduen-to ao plano profundo e em adeno-megalias
infraclaviculares palpáveis; história epiteloidal e resultado
definitivo de Carcinoma Espinocelular.

Exame auxiliar de diagnóstico: estudo analítico sem
alteração de urina; Rx perna sem evidência de ab-
normidades ósseas; TC crânio-cervico-abdominal sem alte-
rações significativas de metastases.

Tratamento epiteloidal: abscisão alongada de 3 lesões ul-
ceradas na perna direita, e abscisão adeno-megálica,
que revelou carcinoma espinocelular ~~em esta~~
metastases linfáticas nos 3 locais cirúrgicos; foi tam-
bém efetuada plasticidade do lábio com ~~o~~ embudo de
fita parcial colada na cute direita - Re-operatório de
curetagem de feridas.

Diagnóstico final: Carcinoma espinocelular ~~em esta~~

Apreciação: _____

o Tutor: _____

Data: 26/04/11 Serviço: C. Plástica Sector: Un. Quimica
 Nota clínica (#36): Doente de sexo feminino, internada na Unidade de Pneumologia no dia 3 de Abril por queixas de tosse por liquida recente. Refere tosse quimichosa de 2.º e 3.º grau nos últimos meses, e de 1.º e 2.º grau nos meses anteriores. Refere tosse de longa duração, dielipnómica, HTA, diabetes, e obliquidade funcional. Sujeito a cirurgia de desobstrução do tubo da esofágica.

-30-

F - Notas Clínicas

Data: 24/04/11 Serviço: C. Plástica Sector: Consult. ext. pulm
 Nota clínica (#37): Doente de sexo feminino, 36 anos, e a bordo da de 21.11, com tosse crónica de início no dia 10/02/2008. Actualmente com tosse crónica de início. Refere tosse crónica de longa duração, dielipnómica, HTA, diabetes, e obliquidade funcional. Sujeito a cirurgia de desobstrução do tubo da esofágica.

Data: 29/04/11 Serviço: C. Plástica Sector: Tratamento
 Nota clínica (#38): Doente de sexo feminino, 38 anos, fisioterapia respiratória no momento. Refere tosse crónica de longa duração, dielipnómica, HTA, diabetes, e obliquidade funcional. Sujeito a cirurgia de desobstrução do tubo da esofágica.

Data: 29/04/11 Serviço: C. Plástica Sector: Tratamento
 Nota clínica (#39): Doente de sexo masculino, 38 anos, e a bordo da de 10/02/2008. Actualmente com tosse crónica de início. Refere tosse crónica de longa duração, dielipnómica, HTA, diabetes, e obliquidade funcional. Sujeito a cirurgia de desobstrução do tubo da esofágica.

Data: 23/04/11 Serviço: C. Plástica Sector: Tratamento
 Nota clínica (#40): Doente de sexo feminino, 56 anos, e a bordo da de 10/02/2008. Actualmente com tosse crónica de início. Refere tosse crónica de longa duração, dielipnómica, HTA, diabetes, e obliquidade funcional. Sujeito a cirurgia de desobstrução do tubo da esofágica.

-31-

Anexo VII: História e notas clínicas efectuadas no estágio de CPL

Anexo VIII

Casuística da Unidade de CG de Bragança dos doentes internados durante o mês de Março com Hemorragia digestiva

Introdução

A Hemorragia Digestiva é um motivo de internamento frequente nas enfermarias de Cirurgia Geral. O Serviço de CG do CHNE E.P.E. não é exceção e, assim sendo, é comum a entrada de doentes com este motivo de internamento.

O estágio de CG do aluno teve início com a abordagem a um doente com esta patologia, saltando, de imediato, à vista a falta de meios ao dispor dos clínicos para lidar com esta situação, uma vez que a endoscopia de emergência nem sempre está disponível, o que dificulta, em grande modo, a abordagem a estes doentes.

Assim, foi decidido realizar uma casuística dos doentes internados com HD durante o período do estágio, de forma a tentar uma melhor caracterização desta população, com a perspectiva de definir estratégias para melhorar o tratamento oferecido, melhorando o seu prognóstico.

Classicamente, as hemorragias digestivas são classificadas em Hemorragia Digestiva Alta (HDA) e Hemorragia Digestiva Baixa (HDB), consoante a sua origem anatómica.

A HDA, que é definida como uma hemorragia proximal ao Ligamento de Treiz, é uma condição clínica prevalente e significativa, com implicações importantes para os custos da saúde(1). Melenas e hematemeses são duas das formas mais comuns de apresentação da HDA podendo, também, surgir hematoquésias quando o trânsito intestinal é muito acelerado(2).

As principais causas de HDA são a doença ulcerosa péptica, principalmente a relacionada com o *H. pylori* e consumo de AINE, e as varizes esofágicas. Verifica-se um aumento na prevalência de outras causas de HDA, tais como o Síndrome de Mallory-Weiss e a esofagite péptica(3). A doença ulcerosa péptica relacionada com os AINE assume particular importância em Portugal, uma vez que cerca de 800 000 pessoas tomam, diariamente, estes fármacos(4). Estima-se que o risco de complicações gastrointestinais associado ao consumo de AINE seja 4 ou 5 vezes superior ao da população que não consome estes fármacos, e ainda mais elevado em idosos(5). O consumo de AINE foi encontrado em 56% das úlceras pépticas

sangrantes(6). Nos Estados Unidos, estimam-se em 100 000 hospitalizações/ano e 16 500 mortes/ano por úlceras pépticas sangrantes associadas a AINE(7).

A HDB é definida como uma hemorragia distal ao Ligamento de Treiz(8). A média de idades dos doentes com HDB varia entre 63 a 77anos, consoante o autor, com uma taxa de mortalidade de aproximadamente 2 – 4%(9). A apresentação clínica da HDB é altamente variável, e depende da quantidade e da velocidade com que o sangue é perdido. As formas de apresentação mais comuns são hematoquésias e melenas, sendo que até 11% dos doentes com hematoquésias tem HDA maciça(10), e a maioria dos doentes com melenas apresentam HDA(2).

Apesar de a HDB cessar espontaneamente em 75% dos pacientes, o diagnóstico e o tratamento podem ser desafiantes devido ao elevado número de locais possíveis para a hemorragia e, também, devido à frequente natureza intermitente da hemorragia. As etiologias mais frequentes de HDB estão bem estabelecidas, com a diverticulose sendo a causa mais comum, seguida pelas malformações arteriovenosas. Outras lesões frequentemente reportadas incluem neoplasias, hemorróides e colites(11).

Métodos

Para a realização desta casuística foi efectuado o levantamento de vários dados relativos a um total de 15 doentes. Estes doentes foram os internados ao longo das quatro semanas em que decorreu o estágio de CG.

Foram recolhidos dados demográficos relativos aos doentes, tais como a idade e o sexo. Em relação à HD, foram recolhidos dados tais como o valor de hemoglobina na admissão, origem da hemorragia (alta vs. baixa), forma de apresentação, etiologia e *outcome*. Em relação aos doentes cuja investigação diagnóstica tenha revelado doença ulcerosa péptica, foi avaliada a toma diária de anti-inflamatórios não esteróides (AINE).

Resultados

Sexo	Idade (anos)	Hemoglobina à entrada (g/dL)	Forma de Apresentação	Etiologia	Desfecho
F	84	14,3	Hematemeses	Úlcera péptica	Alta
M	73	8,5	Melenas	Hérnia de Hiato	Alta
M	66	9,8	Hematoquésias	Adenocarcinoma do cólon	Alta
F	82	12,9	Hematoquésias	Diverticulite e Pólipos Pediculados	Alta
M	89	10,6	Hematoquesias e hematemeses	Úlcera péptica e Hérnia de Hiato	Alta
F	77	16,4	Hematemeses	Desconhecida	Alta
F	78	5,4	Melenas	Desconhecida	Óbito
M	38	11,3	Hematemeses	Úlcera péptica	Alta
F	90	13,7	Hematoquésias	Neoplasia do recto	Alta
M	90	9,5	Hematoquésias	Desconhecida	Óbito
M	92	11,3	Hematemeses	Desconhecida	Alta
F	86	10,8	Hematemeses	Úlcera péptica	Óbito
F	34	13,3	Hematoquésias	Colite Ulcerosa	Alta
M	71	11,4	Hematoquésias	Neoplasia do recto	Alta
M	75	10,4	Hematemeses	Desconhecida	Alta

Legenda: F-Feminino; M-Masculino.

Discussão

A presente casuística dos 15 doentes internados por hemorragia digestiva no Serviço de CG do CHNE E.P.E. durante o período em análise (1 a 25 de Março de 2011), mostrou que 7 desses doentes eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Apresentavam uma média de idades de 75 anos e uma mediana de 78 anos, com idades compreendidas entre os 34 e os 92 anos.

Verificaram-se 5 casos de HDA, 5 de HDB e 5 casos de etiologia não determinada, em que apenas se sabe a forma de apresentação da hemorragia. Dos doentes com HDA, apenas 1 se apresentou com melenas, 1 com hematoquésias e hematemeses e os restantes 3 com hematemeses. Daqueles doentes com HDB, todos tiveram como forma de apresentação hematoquésias.

Observou-se uma média de hemoglobinas à admissão de 11,3 g/dL, semelhante à mediana, com valores que oscilam entre 5,4 e 16,4 g/dL. No entanto, dos doentes com HDB, a média de hemoglobinas à entrada foi de 12,22 g/dL, enquanto dos doentes com HDA a média foi de 11,1 g/dL. Os valores mais baixos de hemoglobina à entrada foram encontrados em doentes do sexo masculino, enquanto os valores mais elevados foram de doentes do sexo feminino. Em relação à forma de apresentação, a média de hemoglobinas dos doentes com hematemeses foi de 12,4 g/dL, dos doentes com hematoquésias foi de 11,8 g/dL e daqueles com melenas foi de 6,95 g/dL.

Relativamente à etiologia das hemorragias, observou-se que a principal é a doença ulcerosa péptica, com um total de 4 casos, sendo que 3 deles admitiam consumo diário de AINES. Seguidamente, verificou-se a doença neoplásica do cólon e do recto, com 3 casos e, menos frequentemente, diverticulite, colite ulcerosa e hérnia do hiato, cada um com um caso. Apesar destes resultados, em um terço do total de doentes não foi possível determinar a causa da hemorragia.

Ao avaliarmos o desfecho destas situações, no que respeita ao período de internamento, observamos que 12 dos doentes tiveram alta para o domicílio e 3 faleceram. Desses 3 doentes falecidos, em apenas 1 foi possível estabelecer o diagnóstico etiológico para a hemorragia, doença ulcerosa péptica. As formas de apresentação dos outros dois casos de falecimentos com causa não determinada foram hematoquésias e melenas, respectivamente. Dos 3 doentes falecidos (2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino), todos tinham anemia à entrada, com valores de 5,4 g/dL, 9,5 g/dL e 10,8 g/dL.

Conclusão

Esta casuística englobou um pequeno número de doentes, uma vez que o tempo de duração do estágio foi relativamente curto. Assim, da análise geral da informação colhida, foi possível perceber que a Unidade de Cirurgia Geral de Bragança recebe doentes com hemorragia digestiva com características muito distintas, desde indivíduos mais jovens a idosos com múltiplas patologias e polimedicados. A gravidade desses doentes também é muito variável, como se pode verificar pelas diferentes etiologias e pelos níveis de hemoglobina que variam desde valores muito baixos até valores normais.

Por fim, esta iniciativa de compilar os dados destes doentes permitiu-me conhecer a realidade da Unidade de Cirurgia Geral de Bragança no que respeita a doentes internados por hemorragia digestiva sem, no entanto, tirar conclusões significativas, dado o reduzido tamanho amostral.

Bibliografia

- 1 - Lim CH, Vani D, Shah SG, Everett SM, Rembacken BJ. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study. *Endoscopy* 2006;38:581-5.
- 2 - Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331:717-27.
- 3 - Henrion J, Schapira M, Ghilain JM, Maisin JM, De maeght S, Deltenre P, Moulart M, Delaunoit T. Upper gastrointestinal bleeding: what has changed during the last 20 years? *Gastroenterol Clin Biol.* 2008 Oct;32(10):839-47.
- 4 - Cardoso M. Complicações gastro-intestinais por AINE – dados em Portugal. Comunicação oral no XXI Congresso Nacional de Gastreterologia e Endoscopia Digestiva, 2001 *Endonews* 2003;5:14-15.
- 5 - Wilcox CM, Allison J, Benzuly K, et al. Consensus development conference on the use of nonsteroidal anti-inflammatory agents, including cyclooxygenase-2 enzyme inhibitors and aspirin. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:1082-1089.
- 6 - Lassen A, Hallas J, de Muckadell OBS. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a danish county 1993-2002: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:945-953.
- 7- Singh G, Ramey DR. NSAID induced gastrointestinal complications: the ARAMIS perspective. *J Rheumatol* 1998;25:8-16.
- 8 - Zuccaro G Jr. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. American College of Gastroenterology. Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:1202.
- 9 - Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal haemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 419–24.

10 - Jensen, D. M. & Machicado, G. A. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology* 95, 1569-1574 (1988).

11 - A. Schuetz and K.W. Jauch, Lower gastrointestinal bleeding: therapeutic strategies, surgical techniques and results, *Langenbecks Arch Surg* 386 (2001), pp. 17–25

