



Jornal do Centro



NOVAS INSTALAÇÕES DO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
E SAÚDE MENTAL

Ministro da Saúde visita o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental



Dia Mundial
da Voz



XV Simpósio
de Nefrologia

3º Simpósio de
Tromboembolismo

Telefones úteis**Índice**

- 3** Editorial
- 4** Novas instalações do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
- 6** Ministro da Saúde visita o Serviço de Pediatria
Lançamento do Projeto: Bebés, Crianças e Jovens Seguros no HSFX
- 7** XV Simpósio de Nefrologia
- 8** Dia Mundial do Rim
- 10** Ressoa?
- 12** 3º Simpósio de Tromboembolismo
- 14** Incontinência Urinária
- 15** Dia Mundial da Voz e Rastreo da Voz
Breves
- 16** Agenda do Centro

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa

Apoio ao Internamento	210432221/22
Consulta Externa – Informações e marcações	210432371/73
Consulta do Viajante – Informações e marcações	210432356
Urgência de Otorrinolaringologia	210432233
Urgência de Oftalmologia	210432235
Cirurgia Ambulatória	210432261/62
Gabinete de Comunicação e Imagem	210432448
Serviço Social	210432413

HOSPITAL DE SANTA CRUZAv^a Prof. Reinaldo dos Santos - 2790-134 Carnaxide

Informações gerais/Apoio ao Internamento	210433001/02
Consulta Externa – Marcações 1ª vez	210433005
Consulta Externa – Marcações subsequentes	210433178
Consulta de Arritmologia	210433216
Cirurgia Ambulatória	210433036
Unidade de Hemodiálise	210433099/100
Unidade de Hemodinâmica Cardíaca	210433069
Unidade de Transplantação Renal	210433224
Gabinete de Comunicação e Imagem	210433145
Serviço Social	210433135 (Cardiologia)
	210433118 (Cardio-torácica)
	210433092 (Nefrologia)
	210433109 (Cirurgia Geral)

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa

Apoio ao Internamento	210431160
Urgência Geral - Informações	210431160
Urgência Geral – Admissão de Doentes	210431132
Urgência Obstétrica/Ginecológica – Admissão de Doentes	210431686/7
Urgência Pediátrica – Admissão de Doentes	210431686/7
Consulta Externa – Informações e consultas 1ª vez	210431765/68
Consulta Externa – Marcações subsequentes:	
• Medicina Interna	210431489/90/91
• Cirurgia	210431525/26
• Ginecologia/Obstetrícia	210431509/10
• Pediatria	210431540/41
• Ortopedia	210431306/7
Hospital de Dia de Especialidades Médicas	210431727
Hospital de Dia de Oncologia	210431704/18
Gabinete de Comunicação e Imagem	210431147
Serviço Social	210431429

Gabinete do Utente do CHLO**Contactos****Horário de Funcionamento:** 9h00 às 17h00 de 2ª a 6ª feira

HOSPITAL DE EGAS MONIZ
gabutentehem@chlo.min-saude.pt
Tel.: 21 043 24 48

HOSPITAL DE SANTA CRUZ
gabutentehsc@chlo.min-saude.pt
Tel.: 21 043 31 45

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER
gabutentehsfx@chlo.min-saude.pt
Tel.: 21 043 11 47

Ficha Técnica

Propriedade: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 LISBOA
Telefone: 21 043 10 00 • Fax 21 043 15 89 | **Directora:** Maria João Pais | **Edição:** Helena Pinto
Redacção: Helena Pinto, Henrique Passos, Rosa Santos | **Coordenação e Revisão:** Alexandra Flores
Fotografia: Helena Pinto, Henrique Passos, Rita Santos, Rosa Santos | **Distribuição:** Serviço de Comunicação e Imagem
Concepção Gráfica: Paulo Alexandre | **Impressão:** Grafivedras-Torres Vedras | **Tiragem:** 3000 exemplares
ISSN: 1646-379X | **Depósito Legal:** 238539/06



Maria João Pais

Presidente do Conselho de Administração
e Diretora Clínica



Tempos difíceis

Vivemos tempos difíceis, sob fortes medidas de austeridade, sem crescimento da economia e com elevados níveis de desemprego. Mas esta difícil situação não pode ser resolvida com negativismos ou políticas fantasiosas e irrealistas.

A simples fórmula de cada um trabalhar o melhor possível na área que lhe compete, pode contribuir para tornar possível alcançar um objectivo comum de todos os portugueses, o de fazer o país ultrapassar a actual crise.

Ao nível dos hospitais as restrições orçamentais são uma realidade, agravada nos últimos anos. Mas é possível, embora difícil, continuar a tratar com qualidade os doentes e garantir a sustentabilidade financeira das instituições.

O Conselho de Administração do CHLO orgulha-se deste centro hospitalar ter conseguido cumprir a sua missão assistencial e com bons indicadores clínicos, apesar do enquadramento actual desfavorável. Orgulha-se também do CHLO ter alcançado o desafio de eliminar o défice de dezenas de milhões que a instituição arrastava há anos, e tê-lo conseguido sem negar a nenhum doente os tratamentos necessários, incluindo os de inovação.

Para o cumprimento da missão assistencial e sustentabilidade financeira deste centro hospitalar foram determinantes várias medidas internas e externas, a par de uma política de rigor e contenção na utilização dos meios disponíveis. Destas destacam-se a dura negociação com a indústria farmacêutica e outros fornecedores, a progressiva utilização dos genéricos, a imposição de uma política de austeridade nos recursos humanos e a internalização nas instituições públicas dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Mas o conseguir implementar estas medidas e alcançar estes bons resultados só foi possível pela colaboração e bom desempenho dos profissionais do CHLO. Todos os serviços se têm empenhado no ajustamento a estas novas condições, com um esforço notável na área dos recursos humanos e na contenção da despesa.

A todos os colaboradores o nosso obrigada e continuação de bom trabalho! ■

Novas Instalações do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) está instalado, desde Fevereiro de 2013, no Hospital de Egas Moniz. Até essa data o serviço funcionava nas instalações da Ajuda, que foram encerradas por decisão da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

O Serviço de Psiquiatria presta cuidados de psiquiatria e saúde mental à população do concelho de Oeiras e das freguesias de Ajuda, Alcântara, S. Francisco Xavier e Sta. Maria de Belém do concelho de Lisboa. Nos últimos 15 anos tem também tido responsabilidades assistenciais no concelho de Cascais, que têm vindo a ser progressivamente assumidas pelo novo Hospital de Cascais.

O Serviço de Psiquiatria dispõe, para cumprir a sua missão, das seguintes Equipas e Unidades: Unidade de Internamento de Doentes Agudos; Hospital de Dia; Equipas Comunitárias de Lisboa, Carnaxide, Oeiras e Cascais; Unidade de Psiquiatria de Ligação; Unidade de Dia de Oeiras; Unidade de Psiquiatria Forense; Urgência de Psiquiatria.

No Hospital Egas Moniz está agora instalada a Unidade de Internamento de Doentes Agudos, o Hospital de Dia e a consulta externa da Equipa de Lisboa e da Unidade de Psiquiatria de Ligação.

Existem situações clínicas muito diversas que podem requerer a prestação de cuidados pelo Serviço de Psiquiatria. As doenças mentais são muito comuns na população. Experimentar, nalgum momento da vida, sintomas de tipo ansioso ou depressivo é algo quase universal. Apenas falamos de doença quando os sintomas são intensos, duradouros e interferem com o funcionamento da pessoa. A maior parte destas situações mais comuns podem hoje ser tratadas com recurso a modernos medicamentos,



Visita de Sua Excelência o Ministro da Saúde

No passado dia 01/04/2013, Sua Excelência o Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, visitou as novas instalações do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), no Hospital de Egas Moniz. O evento contou com a presença do Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Dr. Luis Cunha Ribeiro, do Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, Dr. Álvaro de Carvalho, do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), do Diretor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Prof. Caldas de Almeida, assim como de vários responsáveis e profissionais do serviço.

A funcionar nestas instalações desde 01/02/2013, o DPSM dispõe agora de uma nova Unidade de Internamento com 25 camas, uma nova Unidade de Cuidados Ambulatoriais e uma nova Unidade de Dia. Estas instalações vieram superar as insuficiências verificadas nas antigas instalações, permitindo assim que este Departamento disponha de melhores condições para o desenvolvimento da sua estratégia de inovação.

que são muito bem tolerados e eficazes. Apenas quando esta primeira linha de tratamento não tem resultados se justifica a referenciação à psiquiatria. Por esta razão, o acesso à consulta de Psiquiatra é feito por referenciação prévia e não por iniciativa do doente. Esta referenciação pode ser feita pelo médico de família, por um médico hospitalar de outra especialidade ou através do Serviço de Urgência de Psiquiatria.

Há pessoas que devem ser tratadas por uma Equipa de Saúde Mental do Serviço de Psiquiatria. São aquelas que têm doenças de mais difícil tratamento, que causam grandes problemas no funcionamento quotidiano ou que condicionam dificuldade em lidar com a realidade.

Algumas destas pessoas podem beneficiar, nalgum momento durante o curso da doença, de internamento psiquiátrico. Procura-se que o internamento seja curto e que o doente se mantenha o mais possível activo e que participe em actividades que estimulem as suas capacidades.

Há também pessoas que têm doenças que, embora não beneficiando de internamento a tempo completo, têm indicação para um tratamento mais intensivo. O Hospital de Dia oferece, a estas pessoas, a possibilidade de tratamento em regime de hospitalização parcial.

As Equipas Comunitárias de Saúde Mental oferecem programas de tratamento diferenciados para as pessoas que têm doenças mais graves, de mais difícil tratamento ou que condicionam incapacidades marcadas. Estas Equipas articulam-se também com os Centros de Saúde da área assistencial, cooperando com os médicos de família no tratamento das pessoas com perturbações mentais mais comuns, de forma a que o seu tratamento possa



Equipa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental



ser feito, ou prosseguir, no Centro de Saúde respectivo.

A Unidade de Psiquiatria de Ligação responde aos pedidos de observação de doentes oriundos dos diversos serviços do CHLO. A doença física condiciona frequentemente sintomatologia depressiva ou ansiosa. Alguns doentes, em particular os idosos, podem apresentar no decurso de um internamento hospitalar estados confusionais de causas muito diversas, nomeadamente a própria doença física, intervenções cirúrgicas ou mudanças da medicação prévia. A Unidade desenvolve também, com outros serviços do CHLO, programas de intervenção dedicados a grupos específicos de doentes.

O Serviço de Psiquiatria tem também uma vertente universitária. Aco-

lhem alunos do 5º e 6º ano do mestrado integrado de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas. É também local de estágio de alunos de enfermagem, de psicologia e de serviço social.

Para poder prestar este leque diversificado de respostas que vão de encontro às necessidades dos doentes, o serviço dispõe de técnicos com formação muito específica e diversificada (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeuta ocupacional, psicopedagogo), bem como administrativos e auxiliares com uma ampla experiência no contacto com doentes e familiares.

O Serviço de Psiquiatria mudou das instalações que ocupava na Calçada da Tapada (um antigo sanatório para doentes tuberculosos), para o Hospital Egas Moniz. A reinsta-

lação do serviço no Hospital Egas Moniz foi correlata da execução de obras de adaptação no 7º piso (onde está instalado o Internamento) e no piso 0 (onde funciona o Hospital de Dia e as consultas da Equipa de Lisboa e da Unidade de Psiquiatria de Ligação).

Dispomos agora de um Serviço de Psiquiatria integrado no hospital geral. O nosso desejo é que o serviço possa oferecer, neste novo espaço, condições de tratamento equivalentes àquelas que são oferecidas pelos outros serviços deste hospital. Em resumo, que desta mudança resulte um real benefício para os doentes. ■

DR. LUIS SARDINHA
Diretor do Serviço de Psiquiatria e
Saúde Mental de Adultos

Dia Mundial do Doente

Ministro da Saúde visita o Serviço de Pediatria

No passado dia 11 de Fevereiro, por ocasião do Dia Mundial do Doente, Sua Excelência o Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, e o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Dr. Luis Cunha Ribeiro, visitaram as crianças internadas no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Foi assim assinalada esta data, com os Doutores Palhaços, da Operação Nariz Vermelho, a animar o dia das crianças internadas, com momentos musicais e oferta de literatura infantil. ■



Programa Nacional de Prevenção de Acidentes

Lançamento do Projeto: Bebés, Crianças e Jovens Seguros no Hospital de São Francisco Xavier

No âmbito da Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020, das Nações Unidas, o Ministério da Saúde lançou o projeto “Bebés, Crianças e Jovens em Segurança”. Este projeto pretende promover a segurança rodoviária infantil, com a adoção de comportamentos seguros pelos pais e pelas famílias no transporte do bebé no automóvel e ao longo de toda a infância e juventude, num sistema de retenção adequado, constituindo o momento da alta hospitalar dos recém-nascidos uma altura privilegiada para ensino e sensibilização aos pais.

No passado dia 8 de Fevereiro, decorreu o lançamento oficial deste projeto, no Hospital de São Francisco Xavier, com a presença do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Dr. Fernando Leal da Costa, do Diretor-Geral da Saúde, Dr. Francisco George e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

No CHLO foram designados o Dr. António Macedo, da Unidade de Neonatologia, e a Enfª. Paula Dourado, do Serviço de Obstetria, para



implementarem este projeto no Serviço de Obstetria, onde se encontra disponível um simulador de banco de automóvel e uma cadeirinha de transporte de bebés.

Após uma demonstração do equipamento e formação a algumas mães internadas, decorreu a cerimónia de assinatura do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde, a Fundação MAPFRE e a Associação para a Promoção da Segurança Infantil.

O Diretor-Geral da DOREL, empresa multinacional que fabrica várias marcas de sistemas de retenção de crianças, Dr. Paulo Anjos, ofereceu um destes sistemas ao Voluntariado do hospital, representado pela sua Coordenadora, Sra. D. Vitalina Basso. ■

9 de Março

XV Simpósio de Atualização em Nefrologia

No passado dia 9 de Março decorreu o XV Simpósio de Atualização em Nefrologia, organizado pelo Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Como nos anteriores simpósios a reunião teve âmbito nacional e abordou um tema de capital relevância para a Nefrologia: “Os Qs e os Porquês da elevada Incidência de Doença Renal Crónica em Portugal”.

Portugal é dos países do mundo com maior número de casos de Doença Renal Crónica, quer de novos casos que surgem todos os anos quer de casos já em tratamento. Isto é verdade tanto para a Diálise (Hemodiálise ou Diálise Peritoneal), quanto para a Transplantação Renal, pois Portugal é também um dos países que maior número de transplantes efetua por milhão de habitantes.

Como nos países mais desenvolvidos, o acesso ao tratamento é universal e não tem constrangimentos, o que é positivo. Todavia o número elevado de doentes a necessitar de Diálise pode querer dizer que os fatores de risco desta doença não estão, ainda, bem controlados, o que é negativo.

A reunião contou com a participação de um elevado número de especialistas desde a área da epidemiologia e saúde pública, até às importantes áreas da Diabetes e Hipertensão. Foram discutidos diversos modelos organizacionais de rastreio e seguimento da Doença Renal Crónica, foram descritas algumas experiências locais e foram, viva e amplamente, discutidas todas as questões. Os Nefrologistas Portugueses demonstraram a sua preocupação com a situação da Doença Renal Crónica em Portugal e expressaram a sua determinação em contribuir para a sua melhor compreensão.

Este XV Simpósio foi o mais participado de sempre com um elevado



FOTOS: LUCIANO REIS/SEFERA.DAS.IDEIAS



índice de presenças durante todo o dia apesar da extensão e densidade do programa.

O Simpósio teve o patrocínio da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, do Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos, teve a participação da Direção-Geral da Saúde e a presença do Diretor-Geral da Saúde. Mais uma vez agradecemos todo o suporte logístico dos Laboratórios Sanofi.

Terminada com êxito mais esta reunião científica organizada pelo Serviço de Nefrologia, iniciamos a programação do XVI Simpósio a realizar para o próximo ano. ■

DR. JOSÉ DIAGO BARATA
DIRETOR DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Dia Mundial do Rim

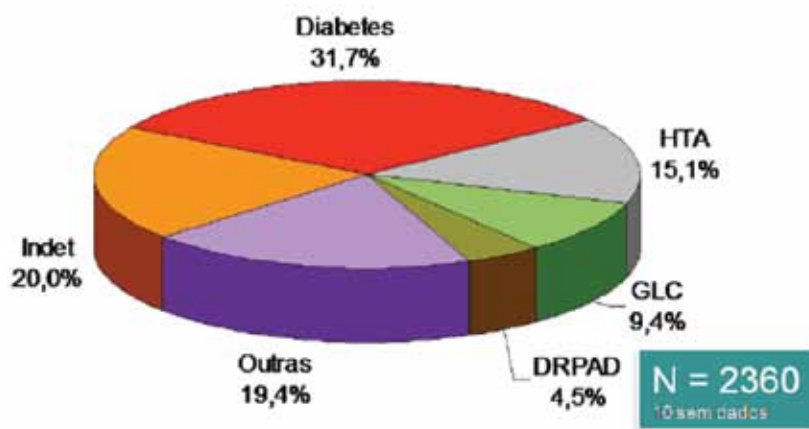
No passado dia 14 de Março, comemorou-se mais um “Dia Mundial do Rim”. Este dia foi criado em 2006 com o objectivo de alertar a população, entidades oficiais e governantes do mundo inteiro para a problemática da doença renal. Na realidade, o fardo da doença renal crónica está em crescimento a nível mundial e só em Portugal estima-se que existam 800 mil pessoas com doença renal crónica. Em tratamento substitutivo da função renal (diálise e transplante), existem actualmente cerca de 17 mil portugueses. Todos os anos, cerca de 2000 pessoas iniciam diálise em Portugal. Este facto, além de constituir um sério problema para os próprios, tem também um peso significativo na factura do Serviço Nacional de Saúde. Entre as patologias que mais contribuem para a doença renal crónica, contam-se a hipertensão arterial, a diabetes, as glomerulopatias e doenças hereditárias, como a poliquistose renal (fig 1). Se nestas últimas patologias muitas vezes, infelizmente, pouco se pode fazer para impedir a evolução para a doença renal crónica terminal, no caso da hipertensão arterial e diabetes, o controlo adequado destas, pode pelo menos atrasar a evolução para o estadio terminal da doença renal crónica. E, quanto mais precoce for a intervenção médica nestas doenças, maior a vantagem para a saúde e qualidade de vida do doente.

«Entre as patologias que mais contribuem para a doença renal crónica, contam-se a hipertensão arterial, a diabetes, as glomerulopatias e doenças hereditárias, como a poliquistose renal»

Em termos de tratamento substitutivo da função renal, a maioria dos doentes (10 400) em Portugal encontra-se em hemodiálise, 6440 estão transplantados e têm o enxerto renal funcionante e 704 encontram-se em diálise peritoneal (dados relativos a 2011 – fig2).

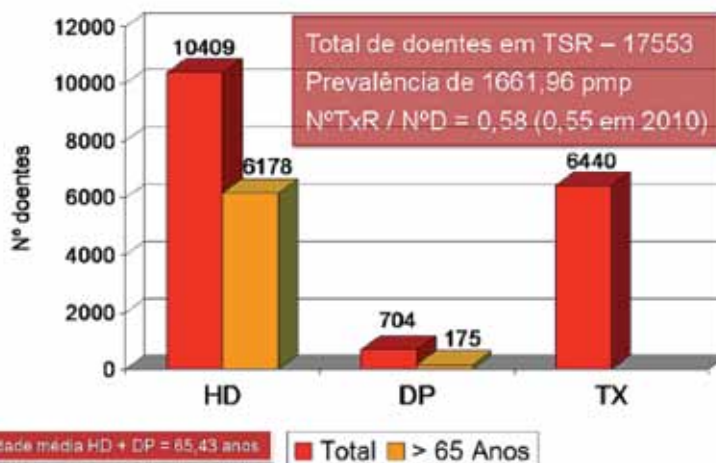
Actualmente, estão cerca de 2000 doentes em lista de espera para transplante. De acordo com as últimas estatísticas da Sociedade Portuguesa de Transplantação, o tempo médio de espera para um transplante em 2011, foi

de 5,5 anos. Como sabemos, a colheita de órgãos em cadáver tem decrescido em Portugal, após termos estado no top mundial em 2009. Nesse ano, houve colheita em 31 dadores por milhão de habitante e no ano de 2012, aquele número desceu para 23,9 dadores por milhão de habitante. De salientar que, no nosso país, qualquer pessoa é um presumível dador de órgãos de cadáver, a não ser que expresse a sua vontade em contrário no registo nacional de não dadores (RENNDA).



GLC=glomerulonefrite crónica; DRPAD=doença renal poliquística autossómica dominante do adulto

Fig 1: Causa da doença renal crónica dos doentes incidentes em diálise em 2011 – Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia



HD=hemodiálise; DP=diálise peritoneal; TX=transplante

Fig 2: Total de doentes em tratamento substitutivo da função renal em 2011 - Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia



Fig 3

«Quanto mais precoce for a intervenção médica nestas doenças, maior a vantagem para a saúde e qualidade de vida do doente»

Não se conhecem as causas exactas para a redução das colheitas de cadáver em Portugal, embora provavelmente esta quebra seja ocasionada por motivos vários. Entre eles, contam-se com certeza a redução das mortes traumáticas (por exemplo por acidente de viação) e também por AVC em Portugal. No entanto, estes mesmos factos têm também sucedido noutros pontos do globo, como por exemplo na nossa vizinha Espanha, onde a colheita de cadáver se tem mantido em níveis elevados e foi de 34,8 dadores por milhão de habitante em 2012. No nosso Centro Hospitalar após termos atingido 18 colheitas em 2010, em 2012, apenas se realizaram 3 colheitas... Estes factos reflectem-se naturalmente, no número de transplantes efectuados pela Unidade de Transplantação Renal António Pina do Hospital de Santa Cruz: em 2010 efectuámos 84 transplantes renais e em 2012, apenas 44. A implementação de cortes duros no sector da saúde, a mudança organizativa e funcional de entidades oficiais responsáveis pela área da transplantação em Portugal, a falta de apoio ou a pouca sensibilidade dos responsáveis hospitalares para o tema das colheitas de órgãos de cadáver, e a falta de motivação e de

apoio dos profissionais envolvidos na colheita, também poderão contribuir para estes números. Noutros países, nomeadamente do norte da Europa, a transplantação de dador vivo tem um peso significativamente maior em relação à transplantação de dador de cadáver. Em Portugal, a transplantação renal de dador vivo constitui cerca de 10% do total das transplantações deste tipo de órgão. Com vista a incrementar este tipo de transplante e para sensibilizar a população geral, os doentes e os profissionais da saúde para este tema, a Sociedade Portuguesa de Transplantação, lançou, no dia do transplante em 2012 a campanha “Doar um Rim faz bem ao Coração” (fig 3). Esse dia, 20 de Julho, comemora a data em que, em 1969, o Prof. Dr. Linhares Furtado, efectuou a primeira transplantação renal no nosso País. A primeira fase desta campanha, passou pela criação de um site na internet (doaremvida.com) e uma página do facebook: *doaremvida*. No site, qualquer cidadão encontra informações úteis sobre como ser dador em vida, quem pode doar em vida, aonde recorrer se pretender doar um rim, etc. A segunda fase da campanha caracterizou-se pela mostra de cartazes em várias cidades capitais de distrito e decorreu nos últimos meses de 2012. No dia 14 de Março de 2013, foi iniciada a terceira fase desta campanha com a realização de uma sessão no Museu

da Electricidade, em Lisboa, espaço que nos foi posto à disposição pela Fundação EDP. Naquele dia, foram efectuadas várias palestras, nomeadamente sobre a história da transplantação renal em Portugal (Prof Dr. Alfredo Mota), o panorama actual da transplantação renal de dador vivo (Dr. Domingos Machado) e o lançamento da terceira fase da campanha (Dr. Fernando Macário), em que foi formalmente apresentado o actor Diogo Infante como embaixador da mesma. Foram também ouvidos testemunhos de quem viveu esta realidade na primeira pessoa - tanto o receptor como o dador vivo. Finalmente, a sessão, que contou também com a presença do Prof. Dr. Manuel Antunes, em representação da Presidência da República, foi terminada pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. Fernando Leal da Costa. Seguiu-se a inauguração da exposição, no mesmo local, intitulada “O Lado Humano do Transplante”, efectuada pelo fotógrafo Rogério Martins e que mostra imagens de doentes e profissionais de saúde no contexto da transplantação. Estas fotos foram efectuadas em diversos Hospitais “transplantadores” do País e incluíram também o Hospital de Santa Cruz. Esta acção contou com a presença, na audiência, de vários profissionais de saúde, transplantados renais e dadores vivos de rim. Nesse mesmo dia, também uma das primeiras emissões de um novo canal de televisão, o CM, foi dedicado ao tema da transplantação, tendo os casos clínicos escolhidos para a apresentação, sido de dadores e receptores do nosso Hospital, tal como na Cerimónia do Museu da Electricidade. ■

DRA. CRISTINA JORGE
Assistente Hospitalar Graduada de Nefrologia
Serviço de Nefrologia

Diretor de Serviço:
DR. JOSÉ DIOGO BARATA

Ressona?

Roncopatia é o termo médico que significa ressonar e consiste no barulho produzido pela passagem do ar ao nível da faringe causando uma vibração anômala desta, quando respiramos durante o sono. A roncopia é uma manifestação de um conjunto de distúrbios respiratórios do sono que vão desde a Roncopatia Simples até à Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS).

A Roncopatia Simples não é mais do que isso mesmo: ressonar sem que isso seja uma manifestação de uma patologia mais grave. Quase todos os adultos já ressonaram por um ou outro motivo: obstrução nasal durante uma constipação, excesso de fadiga, posições anômalas durante o sono, excesso de álcool, etc. A Roncopatia Simples é mais um problema para quem dorme com a pessoa que ressona, do que para o próprio.

Quando associado à roncopia existem outros sinais e sintomas, o doente já pode ter uma Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS).

O doente pode queixar-se de: sonolência diurna, sensação de cansaço matinal (mesmo depois de ter estado a “dormir” 8-10h), cefaleias matinais, despertar nocturno com sensação de sufoco, noctúria (necessidade de se levantar durante a noite para urinar), transpiração nocturna excessiva ou disfunção sexual.

Os sinais que podem ser observados pelas pessoas que dormem com o doente podem ser: sono agitado, ressonar (habitualmente intenso) com pausas respiratórias (superiores a 10 segundos).

Estudos têm sugerido que doentes com SAOS têm risco acrescido de uma série de outras patologias como hipertensão arterial (HTA), enfartes agudos do coração, acidentes vasculares cerebrais (AVC), hipertensão pulmonar e até morte súbita.

As pessoas que ressonam devem discutir esse problema com o seu médico. Por vezes os próprios doentes não valorizam o seu problema. Dizem que dormem bem, tão bem que adormecem com facilidade em qualquer

«A roncopia simples é mais um problema para quem dorme com a pessoa que ressona, do que para o próprio»

lugar: a ler, a ver TV, no cinema, na sala de espera da consulta médica e até a guiar o carro no trânsito! Esta última situação reveste-se de particular gravidade por pôr em risco a vida do próprio ou de outros, especialmente se o doente for motorista profissional.

O diagnóstico de SAOS é realizado através da história do doente, exame clínico e estudo do sono.

Algumas alterações anatómicas que estão associadas à SAOS são o excesso de peso ou obesidade, um pescoço largo, uma língua grande, amígdalas e adenóides grandes.

O estudo do sono permite identificar, entre outros parâmetros, o índice de apneia-hipopneia (IAH) ou seja o número de apneias (pausas respiratórias que duram mais de 10 segundos) e o número de hipopneias (episódio de diminuição da ventilação e/ou diminuição da saturação de oxigénio no sangue) por cada hora de sono. Um IAH inferior a 5 por hora é considerado normal. De 5 a 14: SAOS ligeira; de 15 a 29: SAOS moderada e mais de 30: SAOS grave.

O tratamento da SAOS pode passar por 3 áreas distintas: medidas gerais; tratamento médico (não cirúrgico); e tratamento cirúrgico.





«As pessoas que ressonam devem discutir esse problema com o seu médico. Por vezes os próprios doentes não valorizam o seu problema»

1. Medidas gerais: a perda de peso nos doentes obesos ou com excesso de peso é fundamental e só por si pode resolver não só uma SAOS como outros problemas de saúde associados. Uma consulta com endocrinologista e nutricionista são aconselháveis, mas não há nada que substitua a vontade de querer perder peso. Outras medidas importantes são a evicção de bebidas alcoólicas e de fármacos indutores de sono à noite. Nalguns doentes que ressonam especialmente de barriga para cima, coser um bolso nas costas da camisola do pijama com uma bola de ténis, obrigando-o a manter-se de lado durante o sono pode ser uma medida simples e eficaz.

2. Tratamento médico: o CPAP é um aparelho que se liga por um tubo a uma máscara e que injecta ar na via

aérea e com a qual o doente dorme todas as noites. Este é um tratamento globalmente muito eficaz, mas o seu principal problema resulta da dificuldade em alguns doentes conseguirem dormir com a máscara. Para além deste aparelho, existem no mercado dispositivos orais (com os quais o doente dorme dentro da boca) que também podem, nalguns casos, reduzir a roncopatia e a SAOS.

3. Tratamento cirúrgico: existem vários tratamentos cirúrgicos que podem ser oferecidos aos doentes com roncopatia ou SAOS. De um modo geral os mais simples (a nível do palato mole e do nariz) podem ser eficazes para reduzir a roncopatia mas são pouco eficazes para reduzir uma SAOS, apesar de poderem ajudar os doentes a adaptarem-se melhor ao

CPAP. As cirurgias mais eficazes para tratar a SAOS são complexas e podem envolver procedimentos a nível mandíbula e do maxilar superior.

No Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental existem 2 consultas vocacionadas para estas patologias: a Consulta de Patologia Respiratória do Sono do Serviço de Pneumologia (da responsabilidade da Dra. Luísa Oliveira) e a Consulta de Roncopatia e Apneia do Sono do Serviço de Otorrinolaringologia (da responsabilidade do Dr. Deodato Silva).

Agora já sabe: se ressonar fale com o seu médico. Bons sons! ■

*DR. PEDRO CAVILHAS
DR. DEODATO SILVA
DRA. LUÍSA OLIVEIRA*

3º Simpósio de Tromboembolismo do CHLO

No dia 11 de Janeiro de 2013 realizou-se o 3º Simpósio de Tromboembolismo do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), no Museu do Oriente.

Neste Simpósio, organizado pela Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso do CHLO, foram abordados vários temas sobre o tromboembolismo venoso (TEV) e arterial (TEA), focalizando-se essencialmente nos aspetos preventivos e nos avanços terapêuticos.

Na sessão de abertura, presidida pela Presidente do Conselho de Administração do CHLO, Dra. Maria João Pais, e pelo Presidente da Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso do CHLO, Dr. Carlos Neves, foi salientada a importância do tema, que sendo transversal a todas as especialidades médicas e cirúrgicas, merece destaque especial.

O Dr. Carlos Neves proferiu, na sua comunicação de abertura, algumas considerações sobre a Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo e o seu papel ativo na elaboração de protocolos de prevenção e na instituição de um Sistema Informático de Alerta de Profilaxia do TEV no CHLO, o qual está previsto iniciar-se em Março de 2013, de forma experimental, em dois serviços de Cirurgia e dois de Medicina. Este sistema de alerta baseia-se no protocolo de Caprini, inicialmente elaborado para a profilaxia em doentes cirúrgicos, mas, que também tem sido adaptado à profilaxia dos doentes médicos. Pretende-se com este sistema de alerta lembrar da necessidade de profilaxia do tromboembolismo em doentes internados e proporcionar um meio de consulta para as situações que suscitam dúvidas em relação à necessidade de profilaxia ou não.

Na 1ª mesa abordou-se “Os Progressos na Profilaxia e Terapêutica do Tromboembolismo”, que tiveram como oradores a Dra. Ana França



(Coordenadora Nacional do estudo ARTE), que apresentou o estudo ARTE (Avaliação do Risco de Tromboembolismo Venoso) e deu “umas dicas sobre os resultados preliminares” (porque não poderia dar mais informação) deste estudo. Salientou que se trata de um estudo não intervencional, multicêntrico, prospetivo e de âmbito Nacional, que tem como objetivo primário validar e avaliar o perfil e o score de risco de Tromboembolismo venoso, adaptado de Caprini et al, para as classes de doentes médicos, cirúrgicos, ortopédicos e oncológicos hospitalizados em Portugal.

O Professor Manuel Monreal abordou a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar, falando da importância da profilaxia e também da abordagem terapêutica clássica e com os novos fármacos. Seguidamente, o Prof Rupert Bauerchachs apresentou uma comunicação sobre os “Novos anticoagulantes orais na prática clínica diária”, em doentes com fibrilhação auricular e doentes com tromboembolismo venoso, salientando o seu perfil farmacocinético e farmacodinâmico favorável, que lhes permitem um início e término de ação rápido, baixa interação medicamentosa ou

alimentos e a sua facilidade de administração por via oral, sem necessidade de monitorização. Esta mesa terminou com a intervenção da Dra. Carolina Paulino, que apresentou as novas “guidelines” europeias sobre a prevenção do TEA relacionado com doentes com fibrilhação auricular de causa não valvular.

Seguidamente, falou-se das “Complicações Tardias do Tromboembolismo”, mesa muito interessante, onde um dos temas foi sobre a “recidiva/recorrência do tromboembolismo venoso” abordada pelo Dr. João Pacheco Pereira, que falou dos aspetos controversos em relação ao TEV, relacionados com a problemática de quando terminar a terapêutica nos eventos tromboembólicos idiopáticos ou associados a trombofilias. Salientou que o TEV pode ser considerado como uma doença crónica, em que o risco de recorrência é real e aumenta com a cessação da terapêutica anticoagulante. Será que o ecodoppler venoso deverá ser realizado em todos os doentes para avaliar a existência de trombo residual? E os dímeros-D deverão ser realizados sempre antes de decidirmos terminar a terapêutica do TEV? Que fazer com os resultados? São questões que ainda não têm resposta cabal, mas sabe-se que o TEV idiopático, recorrente, o doente com cancro, a imobilização prolongada e a positividade do D-dímero, após suspensão da terapêutica, são fortes preditores de recorrência.

A síndrome pós-trombótica foi abordada de forma magistral pelo Dr. Duarte Medeiros, que salientou a importância das medidas preventivas desta síndrome, o papel das meias de compressão elástica pós trombose venosa profunda e a necessidade de instituição precoce da terapêutica anticoagulante. Abordou também as complicações e formas de tratamento da síndrome pós-trombótica. Este tema terminou com a Dra. Maria José Loureiro que falou da hipertensão pulmonar, em geral, salientado



a importância da vigilância clínica contínua dos doentes com tromboembolismo pulmonar no sentido de diagnosticar esta complicação, que muitas vezes passa despercebida. Falou, também, da sua experiência em doentes com hipertensão pulmonar referenciados para realização de tromboembolotomia cirúrgica, num centro cirúrgico em Espanha.

Com cerca de uma hora de atraso para o almoço, foi a vez do Dr. Tiago Bana (Gastroenterologia) e do Dr. Artur Canhoto (Urologia) falarem da problemática da profilaxia do tromboembolismo em doentes gastroenterológicos e urológicos. Situações de difícil abordagem por se tratarem simultaneamente de doentes com elevado risco de tromboembolismo, mas também de elevado risco hemorrágico. Salienta-se desta comunicação a necessidade de uma abordagem individualizada e ponderada, tendo em conta o risco/benefício da anticoagulação em relação ao risco de hemorragia.

Este simpósio teve uma particularidade em relação aos anteriores, que foi a inclusão de uma sessão de posters, moderada pelos Drs(as) Belarmino Clemente, Manuela Soares e Teresa Gago, que foi muito participada

e terminou com a atribuição de dois prémios monetários para os dois melhores posters e uma menção honrosa.

No período da tarde foi a vez do Dr. Francisco Silva proferir uma comunicação sobre um tema bastante controverso, o “Bridging da anticoagulação oral no peri-operatório”, ou seja, a substituição de um anticoagulante oral de longa ação no peri-operatório (“fazer a ponte”), por um anticoagulante de curta duração (heparina baixo peso ou heparina não-fractionada), de forma a reduzir o risco de tromboembolismo. Salientou os aspetos controversos desta terapêutica, apresentou os scores de risco de tromboembolismo e de hemorragia e as recomendações atuais publicadas no CHEST em 2012, sobre este tema. Abordou alguns casos clínicos relacionados com intervenções cirúrgicas, em doentes submetidos a “bridging” da anticoagulação oral, ilustrativos desta abordagem e terminou com apresentação de um protocolo de atuação. Salientou a necessidade de uma abordagem sensata e ponderada, que deve ter em conta o risco de tromboembolismo, que pode ser fatal ou provocar incapacidade maior permanente, o risco de hemorragia e, ainda, o tipo de intervenção cirúrgica

e os fatores individuais do doente.

Seguidamente o Prof. Rupert Bauersachs proferiu uma conferência sobre “Cancro e Tromboembolismo”, em que salientou o risco elevado de tromboembolismo nos doentes com cancro (cerca de 4 vezes mais que na população em geral), os aspetos preventivos e terapêuticos, com ênfase para as heparinas de baixo peso molecular.

O Prof. Manuel Monreal (Coordenador do estudo RIETE) falou do paralelismo entre os fatores de risco para tromboembolismo venoso e arterial, alertando para a importância destes dois territórios vasculares (venoso e arterial) quando decidimos instituir terapêutica preventiva. Deu como exemplo, um doente com HTA, doença coronária e fibrilhação auricular, que sofre um AVC isquémico, perguntando se deverá fazer anticoagulação, antiagregação ou os dois? Em sua opinião e baseado em resultados do RIETE, o doente deveria fazer anticoagulação e antiagregação em simultâneo.

Por último, foram abordados “Os aspetos clínico-laboratoriais do doente médico com Tromboembolismo venoso e Trombofilia”, pela Dra. Isabel Gaspar. Falou do risco acrescido de TEV nos doentes portadores de trombofilias e deu orientações sobre a forma como abordar estes doentes.

O encerramento da sessão foi da responsabilidade do Presidente da Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo do CHLO, Dr. Carlos Neves, que salientou o sucesso deste Simpósio e reforçou o interesse da sua continuidade no futuro. A Comissão para além da realização de novo Simpósio em 2014 tem vários projetos em curso que serão implementados ainda este ano. ■

DR. FRANCISCO SILVA

Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso do CHLO:

DR. CARLOS NEVES - PRESIDENTE;

DRA. ALICE SOUSA;

DR. BELARMINO CLEMENTE;

DR. CARLOS CARDOSO;

DR. FRANCISCO SILVA;

DRA. MANUELA SOARES;

DRA. TERESA GAGO

Incontinência Urinária

O que é?

A Incontinência Urinária pode ser definida como a perda involuntária de urina. Existem diferentes etiologias possíveis para este sintoma que tem como denominador comum o elevado impacto na qualidade de vida dos doentes.

Pequenos gestos do dia-a-dia, como o convívio com familiares e amigos, o exercício físico e mesmo a actividade sexual são fortemente inibidos pelo trauma que a incontinência urinária provoca.

Quantos afecta?

A prevalência desta patologia é em grande parte desconhecida pela dificuldade dos doentes em admitir, perante o seu médico, o problema. Em Portugal estima-se que 600 mil doentes sofram de incontinência urinária nos diferentes segmentos etários. Entre os 45 e os 65 anos a proporção de casos de incontinência urinária é de 3 mulheres para cada homem, e 50% das pessoas institucionalizadas sofrem de incontinência.

Dois grandes grupos

A Incontinência Urinária pode ser dividida em dois grandes grupos: a Incontinência Urinária de Esforço e a Incontinência Urinária de Urgência.

A Incontinência Urinária de Esforço é a consequência do enfraquecimento dos músculos do períneo que suportam a bexiga e a uretra. Esta fraqueza leva a que em situações de aumento da pressão abdominal, como tossir, espirrar, correr ou carregar grandes pesos, o corpo não consiga conter a urina.

«A prevalência desta patologia é em grande parte desconhecida pela dificuldade dos doentes em admitir, perante o seu médico, o problema»

A Incontinência Urinária de Urgência, como o nome indica, resulta de uma vontade súbita e incontrolável de urinar e tem uma origem completamente diferente, surgindo quando o controlo da bexiga pelo cérebro está alterado, levando a contracções involuntárias da bexiga. Diversas doenças neurológicas, a Diabetes Mellitus, e mesmo o envelhecimento normal podem contribuir para a súbita vontade de urinar associada às perdas urinárias.

Como prevenir?

Hoje em dia conhece-se uma longa lista de factores de risco para a incontinência urinária, sendo que a melhor estratégia para evitar o seu

aparecimento passa por adoptar comportamentos que evitem esses factores de risco. Longos períodos sem urinar, muito comum quando o doente se encontra fora de casa, a obesidade, o sedentarismo, fumar, entre outros contribuem negativamente para o aparecimento desta doença. Além disso, é muito importante o correcto controlo das doenças crónicas, como a Diabetes Mellitus, Bronquite Crónica e patologias degenerativas.

Há tratamento?

As duas situações referidas têm tratamentos muito diferentes. No entanto, numa primeira linha de tratamento estão as alterações no estilo de vida que podem ter um impacto positivo importante, como perder peso quando aconselhado e programas de fisioterapia para fortalecimento dos músculos pélvicos.

A Incontinência Urinária de Esforço tem como tratamento preferencial a cirurgia, com o objectivo de aumentar o suporte pélvico da uretra e bexiga. Este tratamento apresenta uma alta taxa de sucesso, cerca de 90%, quando os doentes são seleccionados de forma criteriosa, após a avaliação numa consulta de Urologia.

A Incontinência Urinária de Urgência tem como tratamento de eleição a medicação para inibir as contracções involuntárias da bexiga. Estima-se que apenas 10% dos doentes com esta patologia estejam medicados.

Conclusão

A Incontinência Urinária é a manifestação clínica de um conjunto grande de doenças que causam um elevado impacto na vida dos doentes. Nos dias de hoje existem diferentes opções terapêuticas que obrigam a um correcto diagnóstico para se poder optar pelo tratamento eficaz, seja ele com medicação ou a cirurgia. ■

Experiência do Serviço de Urologia

- 1ª Cirurgia para a Incontinência Urinária de Esforço realizada em 2001
- Mais de 300 cirurgias no total
- Múltiplos Exames Complementares de Diagnósticos, incluído Estudos Urodinâmicos
- Programas de reabilitação vesical (Biofeedback e Electroestimulação)



Cuidados no pós-operatório

Durante 1 mês deve evitar:

- Esforços físicos
- Relações sexuais
- Frequentar piscinas
- Banhos de imersão

DR. TIAGO RODRIGUES
DRA. ANA COVITA
DR. RUI NOGUEIRA
Serviço de Urologia

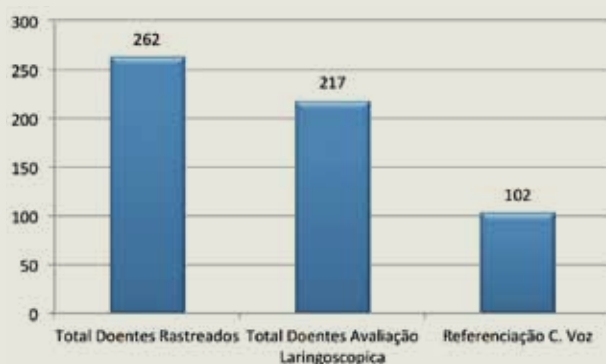
Diretor de Serviço: DR. HÉLDER MONTEIRO



Equipa da Unidade da Voz



Tânia Tavares, Bruno Correia, Dra. Clara Capucho, Nuno Guerreiro



Dia Mundial da Voz e Rastreio da Voz

À semelhança dos anos anteriores, e no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Voz, a Unidade de Voz do Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental realizou, este ano, mais uma vez, o Rastreio da Voz.

Todos os anos as sociedades de Otorrinolaringologia de todo o mundo definem um tema mais concreto para as comemorações de cada ano. Em 2013, o tema das comemorações do Dia Mundial da Voz foi o seguinte: “Comunique com a sua voz” (“Connect with your voice”).

O Rastreio de Voz foi realizado no Hospital de Egas Moniz nos dias 15, 16 e 17 de Abril. Teve como objetivo principal a deteção precoce de doenças da laringe, principalmente o cancro mas também todas as outras doenças de carácter benigno.

Em todos os casos em que se detectou qualquer doença ou anomalia na laringe, os indivíduos rastreados foram referenciados à Consulta da Voz, para vigilância e tratamento das situações detetadas.

Durante o rastreio foram observadas 262 pessoas, de entre o público em geral e os profissionais da voz. Das pessoas observadas, 102 tinham patologias que justificaram referenciação para a consulta de Voz.

O Rastreio da Voz contou ainda com a preciosa colaboração de profissionais da voz, nomeadamente atores e cantores, que por esta ocasião alertam o público geral para a importância dos cuidados a ter com a voz, encorajando a participação nesta iniciativa.

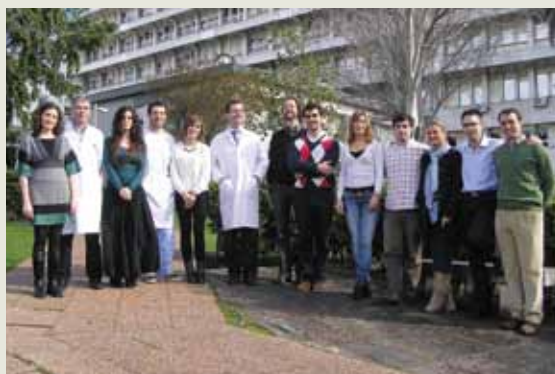
DRA. CLARA CAPUCHO

Responsável pela Unidade de Voz do Serviço de Otorrinolaringologia

Serviço de Medicina III no *Heart Failure 2013 Congress*

Decorrerá de 25 a 28 de Maio, em Lisboa, o *Heart Failure 2013 Congress*, organizado pela *Heart Failure Association of the European Society of Cardiology*. O Serviço de Medicina III do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental irá participar neste congresso com a apresentação dos seguintes posters:

- ***Prognosis of acute heart failure with reduced and preserved ejection fraction, is there any difference after all?***, Autores: Margarida Proença, Inês Araújo, Rosa Cardiga, Filipa Marques, Sara Augusto, Susana Jesus, Ana Leitão, Cândida Fonseca, Fátima Ceia
- ***Heart failure with preserved and reduced ejection fraction: two entities with similar long term prognosis but different predictors of outcome***, Autores: Rosa Cardiga, Filipa Marques, Margarida Proença, Inês Araújo, Ricardo Ferreira, Marisa Alfaca, Arturo Botella, Ana Leitão, Cândida Fonseca, Fátima Ceia



30º Curso de Dissecção do Osso Temporal

De 18 a 22 de março de 2013 realizou-se, no Hospital de Egas Moniz, a 30ª edição do Curso de Dissecção do Osso Temporal / 8º Curso de Atualização em Cirurgia Otológica, organizado pelo Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

