

Revista

ORDEM DOS MÉDICOS

**Organização da Resposta aos
Afectados pelo Vírus Zika no
HAN**

Pág 8

Angiologia e Cirurgia Vascular

Pág 20

Actinomicetoma: relato de um caso

Pág 29

**Viscossuplementação para
tratamentos das DTM**

Pág 36

Luto: Enfrentar as perdas

Pág 39



emprofac

medicamentos de cabo verde

a confiança na saúde



Quem garante medicamentos seguros e de qualidade às Farmácias e Hospitais de Cabo Verde?

Saiba em www.emprofac.cv

Emprofac - Empresa Nacional de Produtos Farmacêuticos
Praia/ Mindelo; Tel.: + 238 260 15 10/ 232 33 63;
Fax: + 238 260 15 47
geral@emprofac.cv



Caros Profissionais de Saúde

O recente estudo sobre o índice de estigma e de discriminação, levado a cabo pelo CCS-SIDA, pela Rede das Associações de Seropositivos em Cabo Verde, com o apoio das Nações Unidas e em parceria com várias outras instituições nacionais, profissionais de saúde e outros, demonstrou que a maioria das pessoas seropositivas reconhecem grande confiança nos profissionais de saúde, em geral, e nos médicos, em particular. Este indicador é muito encorajador e desafia-nos para a consolidação e a sustentabilidade de cuidados de saúde mais humanizados a todas as pessoas que vivem com VIH.

Colaboremos todos na promoção de um ambiente ético, cada vez, mais favorável, para as pessoas que vivem com o VIH-SIDA!



Pesquisas

pág. 08

- Organização da Resposta aos Afetados pelo Vírus Zika no HAN



Casos Clínicos

pág. 17

- Angiologia e Cirurgia Vascular
- Actinomicetoma: Relato de um Caso



Artigos Originais

pág. 17

- Viscosuplementação para tratamentos das DTM
- Luto: Enfrentar as perdas



Especial OMC

pág. 17

- Reuniões para obtenção de subsídio para a carreira médica continuam
- Comunidade Médica de Língua Portuguesa Reúne-se em Assembleia Geral
- OMC participa no VII Congresso da Comunidade Médica da Língua Portuguesa
- Bastonário participa na reunião alargada do Ministério da Saúde
- Empossado novo Conselho de Administração do Hospital Agostinho Neto
- Maria da Luz Mendonça designada para a Direção Nacional da Saúde
- Membros do Conselho Diretivo Nacional da Ordem visitam São Vicente e Santo Antão
- Bastonários das Ordens Profissionais reunidos

Ficha Técnica

Propriedade

Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos
Achada Santo António,
AV. OUA, C.P. 421, Praia,
Tel. 262 25 03 - Fax 262 30 99
E-mail: omecab@cvtelecom.cv
Site: www.ordemdosmedicos.cv

Direção da Revista

Dr. Daniel Silves Ferreira

Design, maquetagem, paginação e edição

EME - Marketing e Eventos, Lda.
Av. Santiago, Palmarejo
C.P. 835, Praia
Tel. 261 49 39 / 49 15
Fax 261 15 64
E-mail: eme@cvtelecom.cv

Colaboram neste nº

Dr. José Prates Raposo
Dra. Belmira Miranda
Dra. Raquel Fernandes
Dra. Carmelinda Gonçalves
EME - Marketing & Eventos

Os esforços despendidos não foram poucos mas o fato é que temos mais um número da Revista da Ordem dos Médicos. O quarto da nova série que obedece a ditames mais técnico - científicos com um ponto de honra: a regularidade conseguida.

E assim, continuamos no nosso firme propósito de dotar a classe médica cabo-verdiana de um espaço de publicação dos trabalhos que - sabemos-lo - vão sendo feitos e inculir nos colegas o gosto pela partilha de experiências e conhecimentos através da publicação.

Para nós, está claro que ela ainda não é a revista que idealizámos. A Direcção da Revista ainda não foi nomeada e até isso acontecer, o Presidente do Conselho Directivo Nacional vai continuar a assumir a responsabilidade. Brevemente, deverá ficar formalizado o Conselho Editorial com representantes de cada um dos Colégios de Especialidade e alguns convidados.

A participação está longe daquela que aspiramos mas anima-nos constatar que o leque de colegas que publicam vem aumentando. Também, é animador constatar a melhoria constante em cada número, tanto no aspecto dos conteúdos como no aspecto gráfico.

Neste número, são publicados alguns relatos de casos clínicos. O primeiro, da autoria do cirurgião plástico, Dr. José Prates Raposo, intitula-se Anomalias Vasculares: A Propósito de 6 Casos Clínicos; o segundo é da médica dermatologista, Dra. Raquel Fernandes e vem com o título Actinomicetoma: Relato de um Caso.

A Organização da Resposta aos Afetados pelo Vírus Zika do Hospital Agostinho Neto é um trabalho de pesquisa da Dra. Céu Teixeira e colaboradores do Hospital da Praia.

Como sempre dissemos, a revista é aberta a outros profissionais de Saúde e, neste número, a dentista Dra. Carmelinda Gonçalves apresenta Viscosuplementação para tratamentos das Disfunções Tempororo - Mandibulares e a psicóloga,



Dra. Belmira Miranda, apresenta um artigo intitulado Luto: Enfrentar as perdas.

Finalmente, como nos números anteriores, uma Secção relata algumas notícias sobre a vida da nossa Ordem.

A pensar já no próximo número, convidamos a todos que façam desta publicação a sua Revista e procurem dar o seu contributo para que ela tenha cada vez maior qualidade para a satisfação de todos.

Como dissemos noutra ocasião, a classe médica cabo-verdiana, pelo número dos seus integrantes, mas também pelos desafios presentes e futuros, precisa de uma revista de qualidade. E somos nós a construí-la.

Boa leitura, pois.

Daniel Silves Ferreira
Bastonário



CAMPANHA INCLUSÃO DO

AMPUTADO
CABO VERDE

**Eu ainda
posso desfrutar
de muitas coisas
boas da vida**

Apadrinhe um Amputado

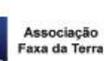
**Contribua para a criação do
Fundo para a Inclusão do Amputado**

**Conta bancária: 1258715101 (BCA)
NIB 0003 0000 12528715101 76**

Parceiros:



Apoios:



SEMICO

Sociedade de Empreitadas, Imobiliária e Construção

SEMICO, foi constituída em 2000, detentora de alvarás de 4ª classe, de Obras Publicas e Particulares, procurando apresentar-se no mercado com uma imagem sólida, moderna, transmitindo fiabilidade aos seus colaboradores. Uma equipa com larga experiência na atividade, e consequentemente garantindo qualidade nos serviços prestados, apresenta-se como uma empresa de destaque, no panorama empresarial, do sector de construção.

O negócio da empresa, baseia-se na construção civil e imobiliária, em toda a sua generalidade, no entanto encontra-se espacializada na área de estruturas de betão armado e todos os trabalhos a ela inerentes. Pretende assim ser reconhecida com uma empresa com serviços de qualidade, eficiência, rapidez, com experiência e fiável.



Edifício Habitação e Serviços - Palmarejo



Pólo Desportivo de Nhagar - Assomada



Edifício Habitação - Cidadela

Organização da Resposta aos Afetados pelo Vírus Zika no HAN

Teixeira, Maria do Céu¹; Moniz, Edna¹; Ferreira, Sónia¹; Eveline, Fernandes¹; Cruz, António¹, Monteiro, Maria de Lourdes²

¹Hospital Dr Agostinho Neto, Praia, Cabo Verde

²SVIRE, Ministério da Saúde e da Segurança e Social, Praia, Cabo Verde



ZIKA EM CABO VERDE

Introdução

No mês de Outubro de 2015, o Hospital Dr Agostinho Neto, na Praia, informou as autoridades sanitárias de um evento pouco comum caracterizado por exantema maculopapular pruriginoso.

O Serviço de Vigilância Integrada e Resposta às Epidemias, SVIRE, com o apoio da Rede Nacional

de Laboratórios deu início à investigação da situação que culminou com o envio ao Instituto Pasteur de Dakar, com o apoio da OMS, de 64 amostras para estudo de potenciais agentes etiológicos, de entre os quais o vírus Zika (ZIKV). O quadro clínico era semelhante ao descrito nos documentos informativos que já vinham sendo divulgados no site da OMS para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre a circulação do vírus Zika no Brasil e noutros países da América Latina.



Em finais do mês de Outubro, o Instituto Pasteur de Dakar comunicou ao país que das 64 amostras enviadas, 17 foram positivas, sendo 15 para anticorpos IgM contra o vírus Zika e 2 por RT-PCR.

Foram notificados até à semana 15 de 2016 um total cumulativo de 7547 casos suspeitos e confirmados de infeção por vírus Zika, em Santiago, Fogo, Maio, Boavista e Brava.

O Zika é um vírus do género *Flavivirus* transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, responsável também pela Dengue e pela Chikungunya. Há ainda evidências que vírus Zika possa ser transmitido por via sexual e por transmissão vertical (mãe-filho). O primeiro registo do vírus Zika remonta ao ano de 1947, sendo identificado em macacos da Floresta Ziika, no Uganda, no leste da África. A primeira contaminação em humanos registou-se em 1952, na Nigéria e na Tanzânia. Entre os anos 1960 e 1980, foram encontradas infeções humanas, acompanhadas de doença ligeira em África e na Ásia. O primeiro grande surto da doença causado pela infeção pelo vírus Zika foi notificado na ilha de Yap (Estados Federados da Micronésia, Oceânia), em 2007 e na Polinésia Francesa em 2013. No Brasil, os primeiros casos registados remontam a 2015 nos estados da Bahia e Rio de Janeiro^{1,2}.

A Polinésia Francesa notificou um aumento incomum de pelo menos 17 casos de malformações do Sistema Nervoso Central em fetos e recém-nascidos durante 2014-2015, coincidindo com o Surto de vírus Zika nessas ilhas³.

Em Outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, na região Nordeste do Brasil, comunicou o aumento no número de casos de microcefalia no período de maior circulação do vírus Zika na região¹.

Há evidências da correlação entre a presença do vírus e a ocorrência de microcefalias e óbitos, a comprovação de que o vírus atravessa a barreira placentária, a identificação do vírus Zika em nados mortos e recém-nascidos com microcefalia e/ou outras malformações do SNC³.

Em Cabo Verde, face à ocorrência da epidemia do vírus Zika, a Direcção Nacional de Saúde (DNS), convocou um painel de especialistas que reconheceu a necessidade de organização da resposta à esta

situação que resultou na emissão de duas Orientações Técnicas da DNS^{5,6} que abordam os seguintes aspetos:

1. Planeamento da gravidez, pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura
2. Detecção e notificação de quadros sugestivos de microcefalia em recém-nascidos e sua possível relação com infeção por vírus Zika
3. Acompanhamento e reabilitação das crianças diagnosticadas com microcefalia e outras alterações do SNC.

Manifestações clínicas

Realça-se que a maioria das infeções é assintomática. Estima-se que menos de 20% das infeções humanas resultem em manifestações clínicas, habitualmente não associada a complicações.

O período de incubação varia entre os 3 e 12 dias após a picada do mosquito fêmea infetado.

Afeta ambos os sexos e todos os grupos etários e à semelhança de outras arboviroses (Dengue e Chikungunya) manifesta-se habitualmente como uma doença autolimitada, com resolução espontânea em 2 a 7 dias. Os sintomas são pouco específicos, com febre baixa ou apirexia, exantema que pode ser maculo papular pruriginoso, mialgias, artralgias, hiperemia conjuntival, cefaleia, tosse seca e sintomas gastrointestinais^{1,2}.

Existe um consenso científico de que o vírus Zika é causa de microcefalia e síndrome de Guillain-Barré. Continuam a ser feitos intensos esforços para investigar a ligação entre o vírus Zika e vários distúrbios neurológicos¹.

Dentro das sequelas não-neurológicas há a referir hipoacusia transitória, hipotensão, sintomas geniturinários, alterações oftalmológicas e hematospermia.

As formas graves são raras, e podem evoluir para óbito.

Nos recém-nascidos (RN) a manifestação clínica mais frequentes é a microcefalia grave, condição definida por perímetro cefálico (PC) inferior a 31,9 para meninos e 31,5 para meninas em RN de termo, adotando como valor de referência as curvas da OMS para meninos e meninas^{9,10}. **Figs 1 e 2**

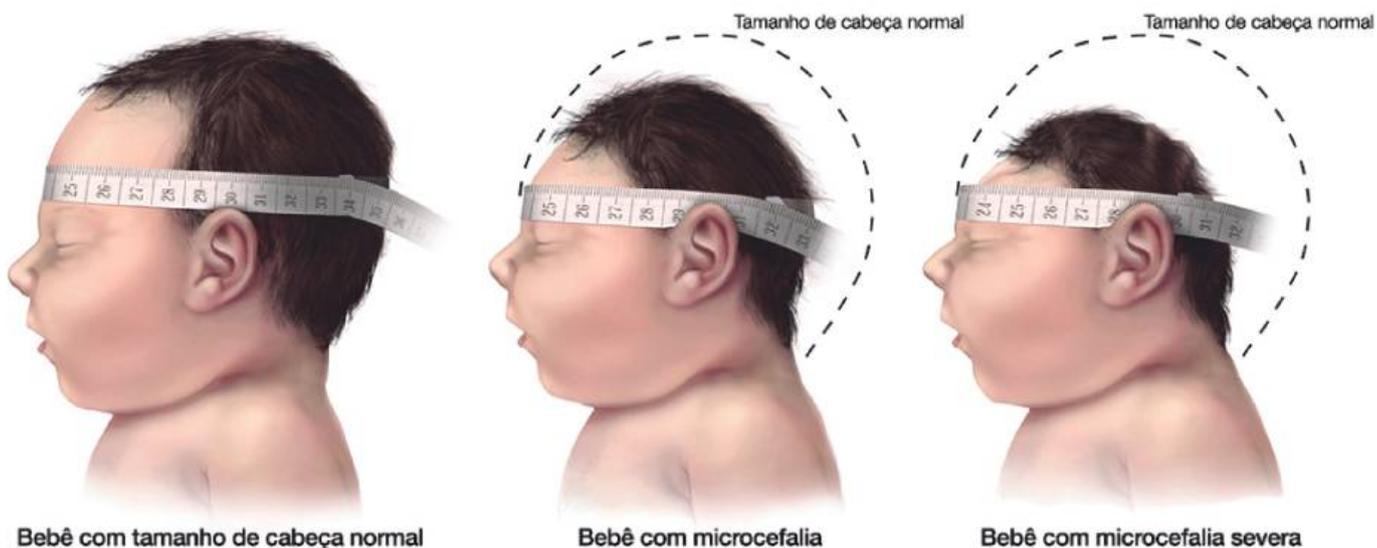
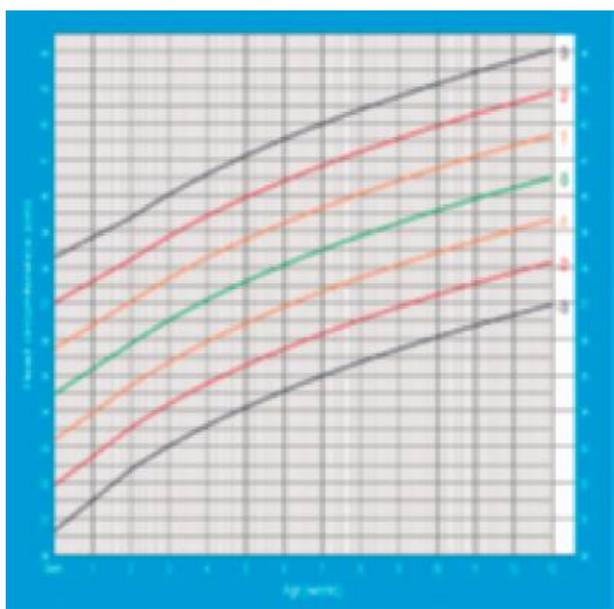


Fig 1 Medição PC; Fonte:
www.cdc.gov/zika
(adaptado)

PC/idade meninos até 13 semanas



PC/idade meninas até 13 semanas

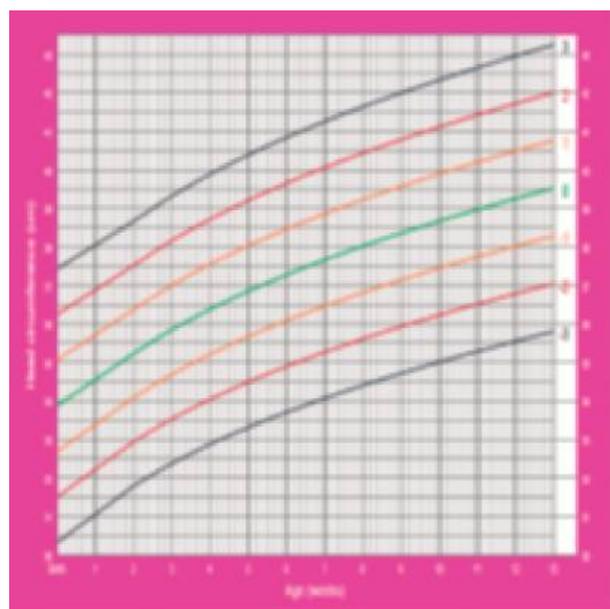
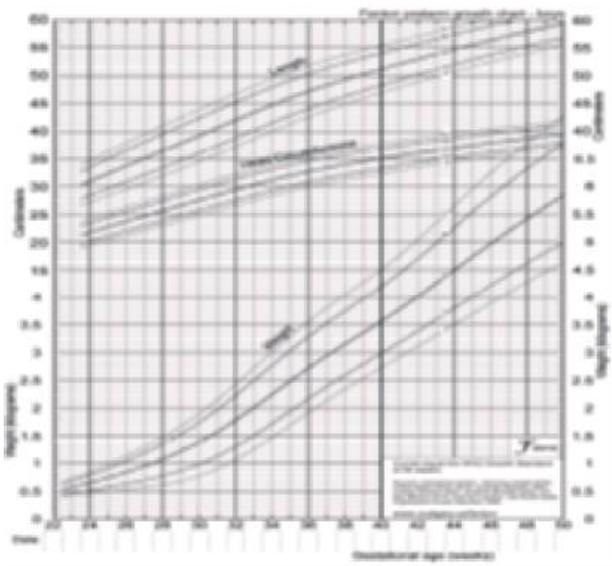


Fig. 2: PC/ Idade; Fonte:
WHO Child Growth Standards

Para o recém-nascido pré-termo, microcefalia é definida como o PC menor que o percentil 3, pela curva de Fenton para meninos e para meninas. Fig 3



Curva de Fenton para meninos



Curva de Fenton para meninas

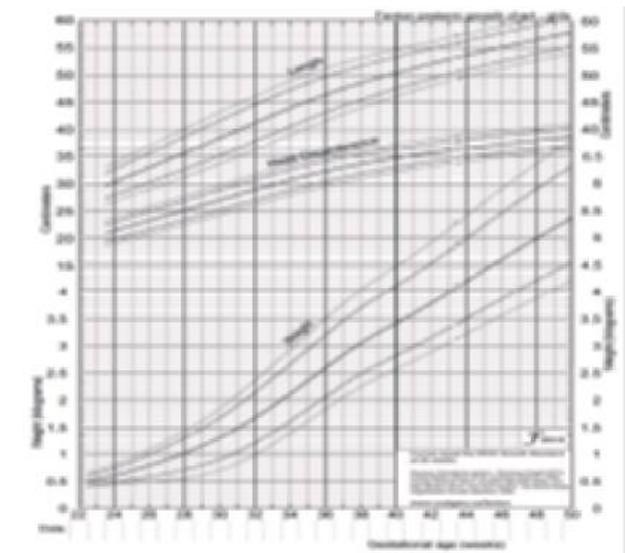


Fig 3 – Curva de Fenton; Fonte: University of Calgary

A tomografia computadorizada e a ultrassonografia transfontanelar podem mostrar um padrão de calcificações disseminadas do cérebro, principalmente nas áreas periventricular, parênquima e tálamo e nos gânglios basais. Observa-se também o alargamento ventricular secundário à atrofia cortical/subcortical, ausência de giros cerebrais, hipoplasia de tronco, medula e cerebelo.

Cataratas, calcificações intra oculares, retinopatia pigmentar e hemorrágica, atrofia corioretinial, anomalias do nervo ótico e assimetria do globo ocular são também alterações que podem estar presentes.

Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico. A suspeita de infecção pelo vírus Zika assenta em sintomas e história recente de viagens (residência ou viagem para zona com transmissão ativa do vírus Zika)¹.

Diagnóstico específico

O diagnóstico da infecção apenas pode ser confirmado por análises laboratoriais ao sangue ou outros fluidos corporais, como o LCR, a urina, a saliva ou o sêmen¹.

A confirmação do diagnóstico faz-se através da

identificação de RNA viral pela técnica de RT-PCR num período de 4 a 7 dias após o início dos sintomas e da serologia com a identificação de IgM do 4º ao 30º dia e de IgG a partir do 15º dia⁸.

A serologia para TORCH deve ser sempre efetuada para descartar outras causas de microcefalia.

Exames inespecíficos devem ser efetuados para complementar a investigação dos casos. As alterações laboratoriais mais frequentemente encontradas são: discreta a moderada leucopenia e trombocitopenia, ligeira elevação da desidrogenase láctica sérica, gama glutamiltransferase e de marcadores de atividade inflamatória (proteína C reativa, fibrinogénio e ferritina)³.

Nos RN, sempre que necessário, devem ser solicitados de acordo com a situação clínica, ecocardiograma, avaliação oftalmológica com exame de fundo de olho, otoemissão acústica, ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada do crânio, etc.

Tratamento

O tratamento é sintomático, baseado principalmente no alívio da dor e na administração de antipiréticos e de anti-histamínicos. Não existe atualmente nenhuma vacina ou tratamento específico para a infecção por Zika².

Recomenda-se reforço hídrico para compensar eventual desidratação associada à febre.

O tratamento com ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não esteroides está desaconselhado devido ao aumento do risco de síndrome hemorrágica, bem como de síndrome de Reye após infeção viral em crianças e adolescentes².

Não há tratamento específico para a microcefalia. Existem medidas de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento da criança, sendo de realçar os serviços especializados de reabilitação. Cada criança desenvolve complicações diferentes e o acompanhamento por diferentes especialidades vai depender das funções que ficarem comprometidas^{3,9}.

Notificação

Perante um doente com suspeita de infeção por Zika, o médico deve notificar o caso à Delegacia de Saúde e ao SVIRE.

ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA AO VÍRUS ZIKA NO HOSPITAL DR AGOSTINHO NETO (HAN)

Com o objetivo de melhorar a deteção, vigilância e atendimento dos casos de microcefalia e outras malformações congénitas relacionadas com a infeção pelo vírus, o HAN, dando cumprimento às orientações técnicas da DNS, identificou e deu observância às seguintes prioridades:

- a) Elaboração de Fluxogramas de atendimento, diagnóstico, e acompanhamento dos pacientes, com especial ênfase às grávidas com suspeita de infeção pelo vírus Zika e RN, particularmente aqueles com malformação congénita.
- b) Organização da resposta no Banco Urgência de adultos do HAN
 1. Colocação de mais um médico
 2. Fluxograma de atendimento e notificação
- c) Capacitação das equipas de saúde

Sessão clínica 1: Febre por vírus Zika

Sessão clínica 2: Microcefalia e medição PC
- d) Recolha das fichas de grávidas atendidas desde Agosto de 2015, para identificação de queixas ou exame clínico que pudesse indiciar infeção pelo vírus Zika e/ou alterações ecográficas fetais.

e) Organização da resposta às grávidas

f) Organização da resposta aos RN

g) Organização da resposta às crianças com microcefalia e/ou outras alterações do SNC conforme se segue:

1. Consulta de crianças verticalmente expostas ao ZIKV ou vírus Zika
2. Consulta do Grupo da Neuropediatria

Organização da resposta às grávidas

Elaborou-se o Circuito interno e procedimento para grávidas com suspeita de infeção pelo vírus Zika, que inclui as seguintes medidas:

- Questionar todas as grávidas atendidas e ou internadas na Maternidade sobre provável infeção por vírus Zika e anotar o fato na ficha de atendimento ou processo clínico
- Incluir as grávidas com suspeita de infeção pelo vírus Zika resultante da recolha efectuada nas fichas de atendimento desde Agosto de 2015
- Encaminhar todos os casos positivos à Assistente Social e ao Médico e anotar na Planilha
- Notificação à Delegacia de Saúde e ao SVIRE
- Efetuar o diagnóstico laboratorial para vírus Zika a todas as gestantes com quadro clínico suspeito e sorologia para CMV, Rubéola, Toxoplasmose, Hepatite B e C e VDRL e anotar no caderno ou processo de internamento
- Realizar ecografia obstétrica precoce às 12 semanas, morfológica entre as 22 e 24 semanas e ecografia fetal entre as 32 e 34 semanas
- Encaminhar as pacientes para o médico gineco-obstetra para acompanhamento e internamento se necessário, quando a ecografia obstétrica apresenta alterações
- Disponibilizar a possibilidade da interrupção voluntária da gravidez (IVG) de acordo com a lei em vigor
- Disponibilizar apoio psicológico a todas as grávidas com fetos ou recém-nascidos com suspeita de malformações



Posteriormente decidiu-se pela avaliação laboratorial (serologia) a todas as grávidas.

Foram identificadas 164 grávidas com suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus Zika, nasceram 13 crianças com microcefalia, 7 realizaram IVG, houve 1 nado morto. Fig 4

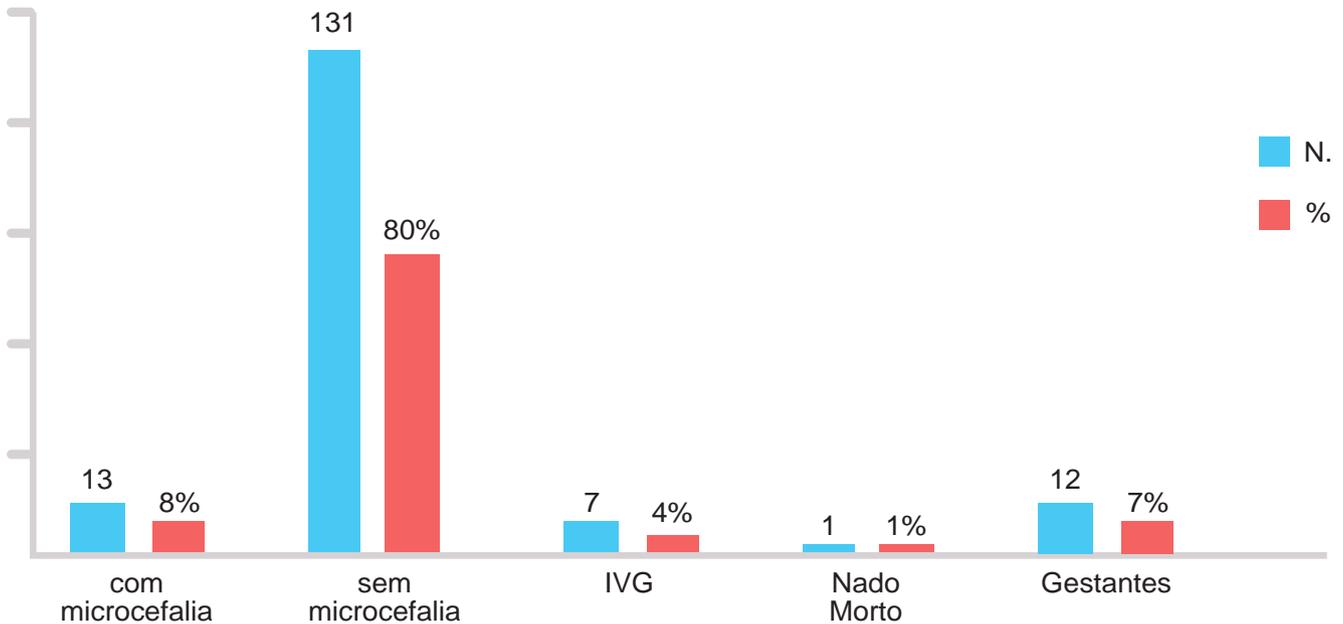


Fig 4 - Grávidas com suspeita/confirmação Zika vírus

Organização da resposta às crianças com Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC)

1. Procedimento para recém-nascidos

- Medição do perímetro cefálico (PC) ao nascimento a todas crianças
- Se for detetada microcefalia ou outras alterações do SNC:
 - a) Medição do PC na data da alta hospitalar
 - b) Medição do PC ao 7º dia de vida
 - c) Ecografia transfontanelar (ETF)
 - d) Serologia ZIKV no sangue, LCR, Urina
 - e) Notificar ao SVIRE

f) Referenciar todas as crianças com microcefalia e/ou alterações do SNC para a Consulta de Crianças verticalmente expostas ao ZIKV

2. Consulta de crianças verticalmente expostas ao vírus Zika

Recebe crianças com:

- a) Microcefalia
- b) Outras alterações do SNC

e filhos de mães com:

- c) Clínica sugestiva de infecção durante a gravidez
- d) Serologia positiva para vírus Zika, com ou sem sintomatologia



Durante a consulta de seguimento, são avaliados e analisados os seguintes parâmetros:

- a) Período de gestação em que ocorreu a exposição
- b) Infecções concomitantes (TORCH, VDRL)
- c) Uso de medicamentos ou tóxicos
- d) Diagnóstico pré-natal de malformação fetal (microcefalia, malformação do SNC)
- e) Sexo
- f) Idade
- g) Evolução do perímetro cefálico e registo no gráfico do Caderno da Criança
- h) Avaliação e registo do desenvolvimento neuropsicomotor e evolução ponderal
- i) Despiste precoce de possíveis alterações e decisão da intervenção adequada

São igualmente solicitados os seguintes exames e avaliações:

- a) Serologias (ZIKV, TORCH, VDRL)
- b) Ecografia transfontanelar (ETF)
- c) Avaliação oftalmológica a todas as crianças
- d) TAC-CE, ecografia abdominal, renal e vias urinárias, otoemissão acústica, avaliação cardiológica e neurocirúrgica, etc., sempre que a situação o justifique.

As crianças com microcefalia são referenciadas à Consulta do Grupo da Neuropediatria e as crianças com malformação do SNC à Consulta de Neurocirurgia.

3. Consulta do Grupo de Neuropediatria

No Grupo da Neuropediatria, o atendimento multidisciplinar resulta numa melhor assistência a estas crianças e à família. Especial atenção é dada à estimulação precoce da criança, nomeadamente à coordenação oculo-motora e à tonicidade (controle cervical, reflexos, etc.) de forma a favorecer o desenvolvimento motor e

cognitivo com a participação da família e da comunidade. **Fig. 5**

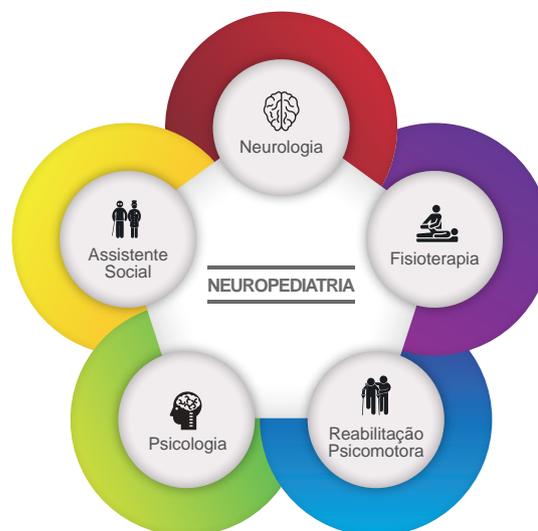


Fig 5 - Constituição do Grupo Neuropediatria

Resultados

Foram identificadas e avaliadas 164 grávidas com suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus Zika. Sete grávidas realizaram IVG, nasceram 13 crianças com microcefalia, sendo 1 nado morto.

Estão a ser seguidas 83 crianças na Consulta de crianças verticalmente expostas ao vírus Zika. Salienta-se que 13 dessas crianças apresentavam microcefalia associada ou não a outras alterações do SNC. Três crianças apresentavam alterações do SNC não associada a microcefalia. **Quadro 1**

As outras alterações do SNC diagnosticadas nessas 16 crianças foram: calcificações na parede interna dos ventrículos laterais e parênquima cerebral e microcefalia severa, hidrocefalia tetraventricular, calcificações do parênquima cerebral e da foice do cérebro (1), hipotrofia do lobo temporal e substituição do parênquima por LCR(1), ectasia da aste frontal dos ventrículos laterais, com presença de líquido extracerebral bifrontal (1), sistema ventricular no limite superior da normalidade(5), moderada ectasia ventricular com calcificações periventriculares (3), moderada ventriculomegália global com calcificações periventricular e diminuição do parênquima na região supratentorial (2). **Quadro 2 e 4**



Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Total
Microcefalia	0	0	1	2	3	5	2	13
Outras alterações SNC	1	0	0	0	2	0	0	3

Quadro 1- Crianças com alterações SNC

Foram realizadas 83 ETF, das quais 16 apresentavam as alterações que a seguir se enumeram no Quadro 2.

Alterações ecográficas	Número
Confirmação de malformação encontrada na Eco morfológica: Múltiplas calcificações na parede interna dos ventrículos laterais e parênquima cerebral e microcefalia severa (1), Hidrocefalia tetraventricular, calcificações do parênquima cerebral e da foice do cérebro (1), ectasia da aste occipital do ventrículo lateral, quisto aracnoideo (1)	5
Dimensões do sistema ventricular no limite superior da normalidade	5
Ectasia dos ventrículos laterais (microcefalia)	3
Aste anterior dos ventrículos cerebrais de 8 mm (↑)	1
Ectasia da aste frontal dos ventrículos laterais, com presença de líquido extracerebral bifrontal	1
Mínima ectasia dos ventrículo laterais (microcefalia severa)	1

Quadro 2 - Alterações ultrasonográficas

As 13 crianças com microcefalia diagnosticadas até Julho de 2016, 9 são de Santiago, 2 do Fogo e 2 do Maio. Seis destas crianças foram expostas ao vírus no 1º trimestre. Em 4 crianças, as mães negaram sintomatologia durante a gravidez e as restantes não foi possível obter informação.

Relativamente às serologias efetuadas, ressalta-se que o VDRL foi negativo em todas as crianças.

Quadro 3

Serologia	Positivo
CMV IgM	3
CMV IgG	14
CMV, Rubéola IgG	17
CMV, Rubéola, Toxoplasmose IgG	1
HIV	2
VDRL	0

Quadro 3 - Serologia

Alterações Tomográficas	Número
Hipotrofia do lobo temporal e substituição do parênquima por LCR Quisto aracnoideo e porencefalia (na ETF)	1
Hidrocefalia tetraventricular associado a escasso parênquima cerebral e cerebelar, calcificações do parênquima cerebral e da foice do cérebro (na ETF)	1
Sinais marcados de atrofia de atrofia cerebral e aumento do diâmetro bifrontal. Sem desvio da linha média	1
Marcada dilatação ventricular com calcificações periventriculares. Espessura do parênquima na região frontal de 0,5mm	1
Moderada ventriculomegália global com calcificações periventriculares. Diminuição da espessura do parênquima na região supratentorial	1
Hipoplasia da massa cerebral predominante à dta. Ventrículos laterais mal visualizados	1

Quadro 4 - Alterações TAC- CE

Alterações oftalmológicas	Número
Papila pequena e bordos deprimidos e pálidos	1
Palidez da papila	1
Exotropia bilateral	1

Quadro 5 - Alterações Oftalmológicas

Relativamente às outras alterações há a salientar a presença de foramen oval patente (FOP) em 3 crianças e hipoacusia esquerda numa criança e bilateral em 2 crianças.

Foram referenciadas 11 crianças à Consulta do Grupo de Neuropediatria e 3 crianças à Consulta de Neurocirurgia.

Foi efetuado o 1º Encontro do Grupo das Mães com crianças com microcefalia sob a coordenação da Psicóloga da Maternidade, em que participaram todas as mães das crianças afetadas.

Conclusão

O HAN desempenhou um papel fundamental no reconhecimento de uma situação epidemiológica incomum e, em conjunto com o SVIRE, contribuiu para o diagnóstico atempado da infeção pelo vírus Zika.

A par do enorme desafio da vigilância epidemiológica, foi necessário criar condições para uma resposta adequada ao aumento do fluxo ao BUA, criar e organizar procedimentos para a atenção às mulheres em idade fértil, grávidas, puérperas e recém-nascidos com microcefalia e outras alterações neurológicas e todas as crianças verticalmente expostas ao vírus Zika.

Foram identificadas e avaliadas 164 grávidas com suspeita ou confirmação de infeção pelo vírus Zika. Sete grávidas realizaram IVG, nasceram 13 crianças com microcefalia, sendo 1 nado morto.

Encontram-se 83 crianças em seguimento na Consulta de crianças verticalmente expostas ao vírus Zika. Treze crianças apresentam microcefalia associada ou não a outras alterações do SNC. Três crianças apresentam alterações do SNC não associada a microcefalia.

As outras alterações do SNC diagnosticadas nessas 16 crianças foram: calcificações, hidrocefalia tetra-ventricular, calcificações do parênquima cerebral e da foice do cérebro, hipotrofia do lobo temporal e substituição do parênquima por LCR, ectasia da aste frontal dos ventriculos laterais, com presença de líquido extracerebral bifrontal, sistema ventricular no limite superior da normalidade, moderada ectasia ventricular com calcificações periventriculares, moderada ventriculomegália global com calcificações periventricular e diminuição do parênquima na região supratentorial⁽²⁾.

Foram disponibilizados apoios, nomeadamente psico-social, às crianças e às suas famílias

Referências

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt/> OMS
- http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/factsheet-health-professionals/Pages/factsheet_health_professionals.aspx
- Potocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do Sistema nervoso central (SNC), Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional –ESPII, 2016, Ministério da Saúde, Brasil
- <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/assessment-infants/en/>
- Orientações técnicas DNS - 002/2016
- Orientações técnicas DNS - 003/2016
- ZIKA, Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Transmitidas por Vetores , 1ª versão DGS Portugal
- Sullivan Nicolaidis Pathology (2014)
- Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infeção pelo vírus Zika, Plano nacional de enfrentamento à microcefalia, Versão 2.0, 2016, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasil
- Up ToDate, 2016

FARMÁCIA SANTA ISABEL



HORÁRIO

Segunda à Sexta
08 às 20Horas

Sábado
09 às 13horas

Achada Santo António - Praia - Cabo Verde
Tel: 00238 262 37 47 E-mail: santaisabel@cvtelecom.cv

Angiologia e Cirurgia Vascular

Anomalias vasculares. A Propósito de 6 casos CLÍNICOS

José Prates Raposo (1)

Cooperante no HAN (2)



FIG. 1 - Angio-TAC . Malformação Vascular da Coxa

Resumo

As anomalias vasculares são muito variadas embora raras ou pouco frequentes. A maioria surge em crianças ou adultos jovens e tem uma evolução benigna ou mesmo uma involução completa.

No entanto, podem apresentar natureza complexa com elevado risco para o doente e terapêutica particularmente difícil mesmo em centros especializados.

O diagnóstico precoce é hoje possível graças aos modernos meios de diagnóstico vascular não invasivo – Eco-Doppler e Angio-TC, e que, felizmente, temos ao nosso dispor em Cabo Verde.

Na nossa experiência de 36 meses no HAN foi possível observar **6 casos de Anomalias Vasculares**, sendo 5 em crianças com menos de 7 anos e 1 adulto.

Porém, 2 casos revestem-se de particular importância pela sua dimensão, raridade e risco de vida para os doentes o que justifica a sua publicação.

Introdução

As **Malformações Vasculares Periféricas – MVPs** e os **Tumores Vasculares – TVs**, são doenças completamente distintas, tanto do ponto de vista do diagnóstico como terapêutico e das formas e da necessidade de acompanhamento, porém juntos,

(1) Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pelos Hospitais Cívicos de Lisboa e pela Ordem dos Médicos de Portugal.

Ex-estagiário nos Hospitais Universitários de Montpellier, Tours, Paris e Lausanne.

(2) HAN – Hospital Dr. Agostinho Neto. Cidade da Praia. Cabo Verde



podem ser denominados Anomalias Vasculares – AVs. Na maior parte dos casos trata-se de crianças, de adolescentes ou de adultos jovens.

São múltiplos os especialistas envolvidos no primeiro atendimento destes pacientes; pediatras, dermatologistas, cirurgiões plásticos, cirurgiões vasculares, radiologistas entre outros.

Em 1992, após anos de encontros internacionais para discutir o assunto, foi criada a Sociedade Internacional para o Estudo das Anomalias Vasculares (International Society for the Study of Vascular Anomalies – ISSVA).

Em 1996, durante um dos seus encontros, foi criada a classificação actual destas doenças.

Esta classificação divide **as anomalias vasculares** em **tumores vasculares** (que incluem os hemangiomas infantis e outros tumores vasculares raros que podem ocorrer tanto em crianças como em adultos) e **malformações vasculares** (subclassificadas de acordo com as características do fluxo sanguíneo – alto e baixo fluxo – e de acordo com os componentes histológicos que compõem a lesão – arterial, venoso, capilar e linfático).

As anomalias vasculares são classificadas de modo não invasivo, baseando-se nos achados clínicos, na história evolutiva e nas características encontradas nos diferentes exames de imagem.

Os **TVs** diferenciam-se das **MVPs** baseados em sua aparência clínica, radiológica, achados histopatológicos e compromisso biológico.

O quadro clínico é extremamente variável. As MVPs podem apresentar-se como: assintomáticas, pequenas maculas ao nascimento, lesões expansivas com coloração variável, associadas ou não a dor e limitação funcional, extensas deformidades com impacto estético e insuficiência cardíaca de alto débito. Podem ser encontradas isoladamente ou como parte de uma síndrome genética e distribuem-se por todo o corpo. Não há predomínio entre os sexos.

A ultrassonografia Doppler pode ser útil como um método de screening, pois é exame não invasivo capaz de diagnosticar uma lesão vascular e diferenciá-la de uma massa tumoral sólida. O Angio TAC e o

Angio RM demonstram melhor a extensão e a diferenciação da lesão.

Quanto ao prognóstico a fistula arterio-venosa é a malformação vascular mais imprevisível e mais grave, podendo causar destruição dos tecidos locais e efeitos sistêmicos.

A abordagem multidisciplinar é necessária não apenas para o diagnóstico, mas também para o tratamento das malformações vasculares.

I . TUMORES VASCULARES

a) Hemangioma Infantil

Entre os tumores vasculares o hemangioma infantil **HI** é o tumor vascular benigno mais frequente nas crianças. Apresenta incidência entre 2,5 a 5 % em recém nascidos vivos caucasianos, com predomínio no sexo feminino. Podem ser classificados em cutâneos e viscerais.

Quanto ao quadro clínico a história natural do **HI** é dividida em três fases bem caracterizadas; a fase inicial de crescimento, denominada **fase proliferativa**, seguida de uma fase de regressão espontânea ou **fase involutiva** e uma terceira fase de equilíbrio final ou **fase involuída**.

Estima-se que o ritmo de involução seja ao redor de 10 % ao ano e que cerca de 70 % das lesões já estejam involuídas aos 7 anos de idade. Uma vez estabilizada esta fase, considera-se o hemangioma involuído.

A grande maioria dos **HI** pode ser diagnosticada apenas pela anamnese e exame físico. Quando necessário, Eco-Doppler, TAC e RNM, são os métodos auxiliares de diagnóstico mais indicados e sensíveis para a confirmação e caracterização da lesão.

Tratamento. A grande maioria dos HI tem evolução favorável para regressão completa, sem complicações. Nestes casos, a conduta recomendada é conservadora, classicamente conhecida como conduta expectante. Deve englobar acompanhamento clínico rigoroso, documentação fotográfica seriada e apoio psicológico ao paciente e seus familiares.

A evolução favorável e desejada nem sempre ocorre.

Desta forma, a instituição de algum tipo de tratamento pode tornar-se necessária, para reduzir o volume da lesão, tratar a dor, hemorragia, infecção, ou restabelecer a integridade funcional e estética do paciente em qualquer momento.

Quando ocorrem, as complicações locais mais frequentes são; ulceração, hemorragia e infecção.

b) Outros Tumores Vasculares

Além do **HI**, outros tumores podem surgir, benignos ou malignos, de natureza essencialmente vascular (arterial, venosa ou linfática), bem como das massas musculares ósseas ou tendinosas com as quais se torna necessário diagnóstico diferencial.

Referiremos aqui apenas o hemangioma congénito, o hemangioendotelioma Kaposiforme, o angioqueratoma e os múltiplos tumores vasculares cutâneos adquiridos. Não esquecendo também os mixomas intramusculares.

Os locais mais comuns destes tumores são os músculos da coxa, seguidos pelos da região glútea, perna, ombro e braço.

A apresentação clínica habitual é de massa indolor, relativamente grande e de crescimento lento, não associada a história de trauma.

O exame com Eco-Doppler colorido é negativo. O Angio TAC é precioso para o diagnóstico e caracterização do tumor vascular ou outro. A RNM é o exame mais sensível e mais específico.

II . MALFORMAÇÕES VASCULARES - MVPs

As MVPs são classificadas pela natureza dos vasos envolvidos (capilares, arteriais, venosos, linfáticos) ou pelo tipo de fluxo (alto ou baixo fluxo) ou ainda pela sua distribuição (localizadas ou difusas).

No entanto estas classificações são teóricas e esquemáticas e em grande parte dos casos as MVPs são mistas e complexas, encaixando-se nelas múltiplas síndromes vasculares.

O quadro clínico é extremamente variável e a evolução pode ser benigna ou maligna, sintomática ou assintomática.

Quando a MVP é complicada de fístulas arterio-venosas de alto débito, a destruição dos tecidos adjacentes (músculos e ossos) pode ter consequências

catastróficas (hemorragias incontrolláveis ou fracturas espontâneas dos ossos longos). Outra consequência grave é a insuficiência cardíaca.

O diagnóstico é clínico, no entanto, o Eco-Doppler e o AngioTAC são fundamentais para a confirmação e caracterização anatómica e hemodinâmica da lesão.

A abordagem multidisciplinar é necessária não apenas para o diagnóstico mas também para a terapêutica que pode incluir:

- Escleroterapia - Embolização das artérias
- Fotocoagulação por laser - Excisão cirúrgica

CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS

Casos 1, 2 e 3

Entre os 6 casos clínicos com que nos deparámos, pensamos que 3 se trataram de hemangiomas infantis **HI**s em crianças de menos de 7 anos, de ambos os sexos, tipicamente cutâneos, de pequena extensão (inferiores a 5 cm de diâmetro máximo) em fase proliferativa e sem complicações.

Tratava-se de doentes assintomáticos, com pulsos periféricos mantidos e simétricos e sem frémios ou sopros nos locais de eleição. Sem engorgitamento venoso evidente.

Na expectativa de uma evolução favorável para regressão completa a atitude terapêutica foi conservadora e expectante com propostas de reavaliações periódicas – semestrais – e seguidos em pediatria e dermatologia.

Caso 4

Este caso refere-se a um típico Síndrome de Klippel-Trenaunay num homem de 33 anos. Com a tríade clássica de manchas cianóticas extensas (cor vinho do Porto) ao longo das faces antero-internas da coxa e da perna, varicosidades múltiplas e não sistematizadas e aumento de comprimento do membro inferior esquerdo.

À observação não se detetavam frémios ou sopros no trajeto dos grandes vasos, bem como aumentos localizados da temperatura. O exame venoso revelou veias varicosas ectasiadas mas sem refluxo significativo. Edema ligeiro da perna esquerda.

Assim sendo, a terapêutica aconselhada foi também conservadora e assente na contenção elástica e na fisioterapia com massagem de reabilitação e de drenagem veno-linfática.

Caso 5

Doente E.P. de 3 anos, do sexo masculino, internado no serviço de pediatria do HAN.

Queixava-se de tumefacção na coxa direita sem relação com trauma.

À observação apresentava uma massa palpável na face posterior da coxa, de consistência mole, ligeiramente dolorosa, sem pulsatilidade e sem expansão sistólica, sem frémito e sem alteração da temperatura local, com alguns meses de evolução sem grande precisão temporal. Não havia engorgitamento venoso, nem alterações da coloração da pele.

À auscultação não se detetaram sopros nos trajetos dos grandes vasos ílio - femoro-popliteus.

Seguiu-se um exame Eco-Doppler Cor em Setembro de 2015 que evidenciou:

- Permeabilidade dos eixos ílio-femorais e popliteus bilaterais com fluxos directos, de velocidades e perfis normais (arteriais e venosos).
- Comprovou-se a existência de formação tumoral na coxa direita (face posterior) de contornos nítidos e regulares, forma ovóide alongada, com 9 cm de diâmetro máximo e muito vascularizada a partir de ramos da artéria femoral profunda. Observou-se ainda uma veia anómala eferente ao tumor muito ectasiada e com fluxo contínuo sistodiastólico, com reforço sistólico e de alta velocidade – 21,4 cm / seg.

Após este exame realizou-se um Angio TAC no HAN (fig.2) que é bem elucidativo de um **tumor vascular** de baixo fluxo, intramuscular e regional, a partir de ramos da femoral profunda direita. Confirmou-se a presença de fluxos de alta velocidade sistodiastólicos consequência de micro-fístulas arterio - venosas e ectasia de veias eferentes.

Apesar da idade este paciente tem indicação muito

provável para embolização selectiva de vasos anómalos seguida de eventual laqueação e excisão tumoral.

Face ao exposto, propôs-se a evacuação deste doente para serviço especializado no estrangeiro, o que aconteceu no princípio de 2016. Aguardamos resultado da reavaliação e terapêutica indicada.

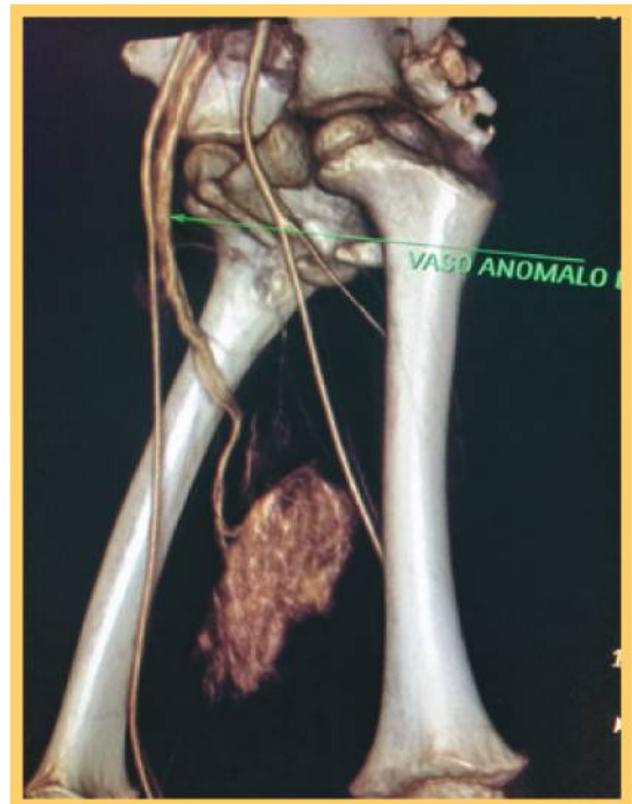


FIG. 2 . Angio TAC
Tumor Vascular da Coxa

Caso 6

Doente S.F. de 6 anos e do sexo feminino, natural e residente em Santiago Cabo Verde.

Em Outubro de 2014 surge na consulta de cirurgia vascular por pequena mancha cutânea na face anterior da coxa esquerda (terço médio) cor avinhada, e forma ovóide, com 3 cm de diâmetro máximo praticamente indolor. Sem história traumática e com dores ligeiras.

À observação detetava-se um ligeiro frémito e um ligeiro sopro mas sem evidencia de aumento localizado de temperatura no local da lesão.

Os pulsos femorais e poplíteus eram palpáveis e amplos à direita e à esquerda francamente diminuídos na popliteia e vasos distais. A observação cardíaca foi negativa.

Efetuada Eco-Doppler Cor arterial e venoso dos membros inferiores evidenciou (fig.3):

- Permeabilidade dos eixos arteriais e venosos tronculares principais do membro inferior direito

sem alterações anatómicas ou hemodinâmicas.

- No membro inferior esquerdo comprovou-se malformação vascular intramuscular na região anterior da coxa, de aspeto esponjoso, de forma ovóide e de contornos irregulares, de aspecto limitado mas difuso e regional, de natureza complexa / combinada arterio - venosa, com múltiplas fistulas de alto débito.

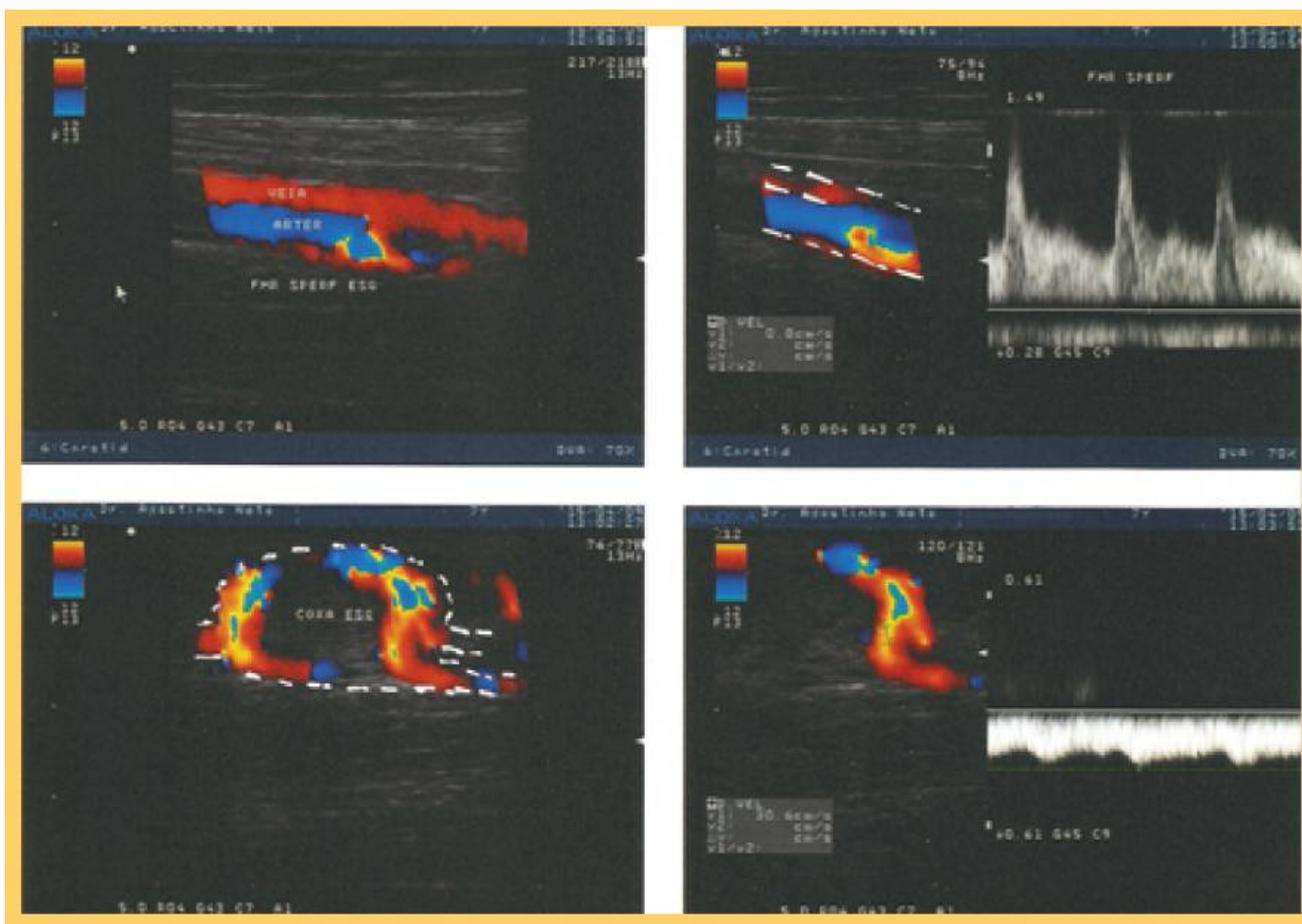


FIG. 3 Eco-Doppler Cor . MVP Coxa Esquerda

Na sequência deste exame e do diagnóstico de MVP complexa foi efectuada um Angio TAC em início de 2015 (fig. 1) que revela inequivocamente a natureza, extensão e complexidade da lesão na coxa esquerda evidenciando ainda a proliferação de fístulas arterio-venosas dependentes de ramos das artérias femorais superficial e profunda. Observaram-se ainda ectasias venosas consequência do alto débito das fistulas.

Como entretanto se acentuaram as queixas da doente, (aumento das dores e da mancha cutânea) bem como a intensidade dos frémios e dos sopros foi proposta a evacuação para serviço de especialidade no estrangeiro em Abril de 2015.

Aguardam-se resultados da reavaliação e terapêutica instituída.

CONCLUSÃO

As **anomalias vasculares AVs** são muitíssimo variadas e descreve-las transcende o âmbito deste trabalho.

A maior parte são raras e incidem nas crianças, nos adolescentes e nos adultos jovens.

Podem envolver espontaneamente e ser benignas, mas podem ser complexas e por em risco a vida do doente.

O diagnóstico é hoje fácil graças aos meios de diagnóstico de que dispomos, mas a terapêutica pode exigir meios técnicos e humanos muito

especializados, e uma abordagem multidisciplinar em serviço da especialidade.

Perante uma anomalia vascular – **TV** ou **MVP** há que estudar e caracterizar o melhor possível a lesão a fim de encarar a terapêutica adequada.

A observação por Cirurgião Vascular experiente é obrigatória e determinante.

Felizmente que na maior parte dos casos a terapêutica é médica, conservadora e expectante.

Por vezes, no entanto, neste país a única solução é a evacuação para o estrangeiro e em tempo oportuno sob pena de complicações e elevado risco para o doente.

A avaliação dos resultados obtidos, bem como o seguimento destes doentes, é obrigatória.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento sincero a toda a equipa de Radiologia e Imagiologia do HAN e em especial aos Drs. Luiz Gonzalez e Joseane Ferreira.

Graças ao seu empenhamento e profissionalismo, é possível hoje diagnosticar e caracterizar correta e eficazmente as doenças vasculares na sua globalidade e na Cidade da Praia.

BIBLIOGRAFIA

1. Lucas Monsignore, Guilherme Nakiri e outros . Achados de Imagem e Alternativas Terapêuticas das Malform. Vasculares Periféricas . Radiol Bras. Maio/Junho . 2010
2. Bernardo Gontijo, Luciana Pereira, Cláudia Silva . Malformações Vasculares An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro . 2004
3. Patricia Hiraki, Dov Goldenberg . Diagnóstico e Tratamento do Hemangioma Infantil . Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(2)
4. Pratique de Eco-Doppler Couleur M.C. Plainfosse . Masson . Paris . 1993
5. Exame Arterial . Eco-Doppler Cor . J. Prates Raposo . Lisboa 2005.
6. Techniques de Chirurgie Vasculaire B. Andreassian, A. Carpentier e outros . Masson Paris . 1984
Rutherford's Vascular Surgery . 7ª Edição . Philadélfia . Els. Saunders 2010
Manual de Angiologia e Cirurgia Vascular Edição Serv. Angiologia e Cirurgia Vascular . Hosp. Santa Marta . 2013



Horário

2ª a 6ª das 8h - 20h
sáb. das 8h - 13h





Actinomicetoma

Relato de um Caso

Autora: Raquel Evelize Rocha Fernandes

Médica formada na Universidade Federal de João Pessoa-Brasil, especialista em Dermatologia pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Havana-Cuba, Sócia-gerente da clínica médica e dermatológica privada, Dermoclin



RESUMO

Trata-se de um caso de actinomicetoma exógeno, apesar da gravidade da lesão e do diagnóstico tardio, esta tendo uma evolução favorável após o tratamento cirúrgico e antibioticoterapia. Paciente Z.X.P.M, de 30 anos, masculino, guarda noturno, procurou o serviço de dermatologia privado, com uma tumoração no pé direito de 10 anos de evolução, levando-lhe a ter dificuldades na

deambulação e sua atividade diária. Foram feitos exames laboratoriais, exsudato da lesão, raio X do pé e biópsia de pele que confirmou o diagnóstico histopatológico de Actinomicetoma. A tumoração estava localizada, sem comprometimento ósseo, optou-se para tratamento cirúrgico com enxerto de pele (ortopedia - traumatologia), associado a antibioticoterapia sulfametoxazol - trimetropim e acompanhamento mensal no consultório.

Introdução

Micetoma, considerada uma Micose Profunda, são infecções crônicas de pele e de tecido celular subcutâneo, não raramente comprometendo estruturas mais profundas como os ossos ou outros órgãos causados por bactérias filamentosas (actinomicetomas) ou fungos verdadeiros (eumicetomas). Ocorre principalmente em regiões tropicais e subtropicais de clima quente e úmido, ou nos desertos com clima quente e seco.¹

Caracterizam-se por produzir lesões circunscritas (tumoriformes), elevadas, edemaciadas, com fístulas que drenam secreções seropurulentas ou sero - pio - sanguinolentas e grãos (grânulos), que são colônias do agente causal, localizados mais frequentemente em membros inferiores e com comprometimento ósseo, também conhecido como "Pé de Madura".^{1,2,3}

A actinomicetoma pode ser de natureza endógena, causada por bactéria (*actinomyces israelii*), ou exógeno. A actinomicetoma exógeno ou nocardiose (bactérias) e os eumicetomas ou maduromicose (fungos), acomete, com frequência, o homem adulto, que trabalha no meio rural. O solo e vegetais são as principais fontes de infecção e adquire a doença por implantação traumática.¹

No local do inóculo, surge lesão pápulo-nodular que sofre amolecimento e fistuliza. Outros nódulos com igual evolução acabam por constituir massa tumoriformes inflamatória e supurativa, que deforma a região afetada. Os grãos presentes na secreção têm coloração branco-amarelada (Norcadia), rósea ou vermelha (*actinomadura*) ou preta (*streptomyces*).^{1,4,5}

Após meses ou anos de evolução, pode haver invasão aos ossos, o que vai determinar periostite, osteíte e osteólise, além do comprometimento dos músculos, tendões e ligamentos.^{1,6}

O diagnóstico diferencial de actinomicetoma é geralmente difícil, pois o seu começo é insidioso, e os seus sintomas confundem-se com abscessos, tuberculose, outras infecções comuns de tecido subcutâneo, ou até mesmo, neoplasias. O diagnóstico consiste em caracterizar grânulos sulfurosos no material (tecido ou exsudato) de uma

lesão suspeita, realizar a análise histopatológica do tecido biopsiado.^{7,8}

O tratamento da actinomicetoma localizado é cirúrgico, associado a terapia antibiótica por tempo prolongado.¹

Relato de caso clínico

Paciente Z.X.P.M, 30 anos, masculino, guarda noturno, procurou o serviço de dermatologia privado, com queixa de mais de 10 anos com uma "ferida" no pé direito que não cura e que o impede de calçar um sapato e andar.

O paciente refere que gostava muito de jogar bola descalço, em campos de terra, e sofria muitos traumatismos no jogo, mas não dava muita importância. Surgiu uma lesão nodular na planta do pé direito, começou a fazer o curativo em casa sem melhora, foi ao centro de saúde, fez antibióticos e curativos mas a lesão não curava, aumentava cada dia de tamanho. Antecedentes patológicos pessoais e familiares sem relevância.

No exame físico destacava um aumento de volume global do pé direito, com uma tumoração bem definida mais localizada na região plantar (cavo do pé) e dorso do mesmo lado, com nodulações visíveis, pápulas crostosas, algumas lesões ulceradas e exsudativas. (Fig. 1,2,3). Na palpação a tumoração tinha uma consistência firme, com vários nódulos palpáveis e a expressão drenava secreção purulenta, dolorosa e tinha um cheiro fétido.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Diante dos achados clínicos, as hipóteses **de diagnóstico foram de Micetoma, Tungíase (Tunga penetrans), sarcoma de kaposi**. Foram solicitados exames laboratoriais de rotina, exsudato da lesão com antibiograma, radiografia do pé e biopsia de pele.

Foi feito teste com uma lanceta estéril na tentativa de encontrar algum corpo estranho (pulga), foi negativo.

O exame de sangue mostrou um aumento de velocidade de hemossedimentação (31 mm/h) e um aumento de Proteína C reativa 49 mg/L, HIV 1

e 2 negativos e os restantes do exame dentro dos valores normais.

O exame bacteriológico cultura apresentou staphylococcus aureus, sensível a cefalotina, norfloxacina, eritromicina e ceftriaxona.

O exame micológico apresentou negativo.

O exame radiológico (Raio X) do pé, veio com aumento de volume das partes moles, espaços articulares mantidas e densidade óssea preservada.

Exame histopatológico, foram utilizadas colorações de Hematoxilina e Eosina, que evidenciaram, hiperplasia pseudoepiteliomatosa, com hiperqueratose ocasionalmente paraqueratótica, chamando a atenção a eliminação córnea de material fibrinóide com periferia amarelada que, na amostra, não se consegue visualizar microorganismos, contudo com morfologia de fenômeno de splendore-hoepli. Derme tem infiltrado denso em toda sua espessura. Aspeto morfológico, favorece o diagnóstico clínico de Actinomictoma.

Com esses resultados, foi encaminhado o paciente para o serviço de ortopedia e traumatologia, onde ficou internado por 9 dias e fez cirurgia com exérese completa do tumor e enxerto de pele retirado da coxa associado a antibioticoterapia ampicilina. (Fig. 4,5,6)



Figura 4



Figura 5



Figura 5

O paciente está em uso de Sulfametoxazol-Trimetropin (800mg+60mg), 1 comprimido cada 12 horas há 1 mês, seguimento mensal nas consultas.

Na literatura recomenda-se tratamento prolongado com antibióticos num período de 6 a 12 meses; Vários antibióticos já foram descritos como Sulfametoxazol trimetropin, Sulfona (dapsona), estreptomina, Amicacina, Rifampicina.

Discussão

Apresento este caso clínico de actinomietoma, localizado no pé, causado por traumatismo, por vários motivos:

1) Para enfatizar que a anamnese, ainda é o nosso maior aliado para chegar ao diagnóstico de qualquer patologia, pois trata-se de um paciente que nunca viveu na zona rural. Foi pelo processo traumático de jogar bola com os pés descalços, que estabeleceu-se a “porta de entrada”, para o Actinomyces.

2) Apesar de predominar em regiões tropicais e subtropicais de clima quente e seco, que coincide com o nosso clima, não temos a verdadeira percepção da epidemiologia da doença. Isso provavelmente ocorre, porque não é uma doença de notificação compulsória, ou por existir casos não diagnosticados já que o diagnóstico muitas vezes leva o seu tempo e exames específicos como estudo histopatológicos, que no nosso país é um serviço deficitário. A outra razão possível que pode também dificultar esses dados estatísticos, é porque a apresentação clínica dessa doença é uma tumoração, os pacientes recorrem a serviços de cirurgia diretamente, para a sua retirada cirúrgica sem um estudo prévio.

3) A actinomicetoma apesar de estar dentro do capítulo de Micoses profundas, é na realidade uma doença bacteriana, isto é feita, não apenas por tradição, mas fundamentalmente, pelas semelhanças dos quadros clínicos e patológicos, de imagem, evolutivos e localização das lesões.

4) O estudo do exsudato da lesão em cultura veio positivo para staphilococcus, pode mascarar o diagnóstico, caso não tivesse sido realizado a biopsia de pele, como foi feito neste caso clínico.

5) Com a possibilidade do actinomicetoma ter evolução desfavorável, como amputação de membros, e até mesmo óbito por disseminação hematogênica, o diagnóstico dessa doença deve estar sempre incluída, numa lesão nodulo-tumoral que não cura com antibioticoterapia e com longo período de evolução, mesmo não sendo de incidência comum.^{2,3,9}

6) Vários antibióticos já foram descritos como sendo efetivos sulfonamidas, estreptomina, dapsona. Sulfametoxazol e trimetoprin são as



drogas de eleição¹⁰. Em caso de alergia pode se usar eritromicina, gentamicina ou vibramicina^{11,12}. Apesar de estar dentro das micoses profundas o tratamento de eleição é com antibióticos e não antifúngicos.

7) A evolução da doença é crônica e a taxa de recorrência é mais alta na eumicetoma do que na actinomycetoma¹³.

Conclusão

Este caso clínico vem demonstrando a importância de se considerar a hipótese dessa doença, mesmo em pacientes que não viveram na zona rural, basta apresentarem uma lesão cutânea de evolução crônica e que não responde a tratamentos convencionais. Essa patologia por ter uma evolução pouco favorável, com comprometimento ósseo e muitas vezes amputação do membro, o diagnóstico quanto mais precoce, melhor é o resultado terapêutico e cirúrgico, como foi neste caso.

Daí a importância dos profissionais da área de saúde estarem sempre atentos para diagnóstico de afeções menos prováveis, pois elas ocorrem e podem comprometer uma vida, nossa maior prioridade.

Referências

1. Sampaio AS, Rivitti EA. Dermatologia. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
2. MCGINNIS MR. Mycetoma. Dermatol Clin 1996; 14: 971-104.
3. SALAMON M, LEE E, PINNEY S. Madura Foot (Madurella Mycetoma) presenting as a plantar fibroma: A case report. Foot Ankle Int 2006; 27: 212-5.
4. LAVALLE P. Micetomas por streptomices en América. Dermatología Iberoamericana 1972; 3: 379-89.
5. DIENG MT, SY MH, DIOP BM, NIANG SO, NDIAYE B. Mycetoma: 130 cases. Ann Dermatol Venereol 2003; 130 (1Pt1): 16-9.
6. PÉREZ-BLANCO M, HERNÁNDEZ-VALLES R, FERNÁNDEZ-ZEPPEFELDT G, YEGRES F. Mycetoma: report of 3 cases in Falcón State, Venezuela. Invest Clin 1996; 37: 61-73.
7. BUOT G, LAVALLEP, MARIAT F, SUCHIL P. Epidemiologic study of mycetomas in Mexico. Apropos of 502 cases. Bull Soc Pathol Exot Filiales 1987; 80: 329-39
8. Topazian RG, Golberg MH. Infecções maxilofaciais e orais. 3 ed. São Paulo: Santos; 1997. p.557-77
9. Bennet JC, Plum F. Cecil. Tratado de Medicina Interna: 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.2023-4.
10. TIGHT RR, BARTLETT MS. Actinomycetoma in the United States. Rev Infect Dis 1981; 3: 1139-50.
11. CARROL G, BROWN J, HALEY LA. Method for determining in vitro drug susceptibilities of some nocardiae and actinomadurae. Am J Clin Pathol 1977; 68: 279-83.
12. MAHGOUB S. Treatment of actinomycetoma with sulphamethozazole plus trimethoprim. Am J Trop Med Hyg 1972; 21: 332-5.
13. DAVIS JD, STONE PA, MCGARRY JJ. Recurrent mycetoma of the foot. J Foot Ankle Surg 1999; 38: 55-60.





ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

Com votos de:

Feliz Natal

e

Próspero Ano Novo

Viscossuplementação para tratamentos das DTM

Dra. Carmelinda Gonçalves

Médica Dentista
Generalista
Especialista em Ortodontia
Implantodontia

É cada vez mais crescente a procura nos consultórios médicos dentários, de tratamento para as disfunções temporo - mandibulares (DTM).

Encontramos pacientes que muitas vezes lidam com a dor há vários anos sem experimentar melhorias com as terapias clássicas.

Por outro lado, a sintomatologia variada e complexa das DTM, faz com que os pacientes acudam a várias especialidades médicas antes de chegar às mãos do médico dentista capacitado para o tratamento das DTM.

Atualmente e graças ao crescente avanço da medicina dentária e a introdução de terapias inovadoras e de técnicas não invasivas, os problemas das DTM vivem uma nova era de tratamento com grande índice de sucesso.

Sintomas

Basicamente os pacientes que sofrem de DTM queixam-se de:

- Alterações funcionais da Articulação Temporo Mandibular (ATM), que comprometem a função mastigatória, a deglutição e a fala;
- Essencialmente de DOR;
- Também relatam estalos durante a abertura e fechamento da boca; dores de ouvido; dores musculares; dificuldades ao mastigar determinados alimentos; bruxismo; apertamento dos dentes; cefaleia tensional; nevralgia do nervo trigêmeo; sialorreia e grande desgaste psicológico causado pelo fracasso de terapias pelas quais já passaram.

Não havendo diagnóstico precoce e tratamento adequado, as alterações inflamatórias e degenerativas

da articulação podem evoluir comprometendo de forma severa a articulação temporo mandibular (ATM).

Tratamentos

Existe, sustentado pela literatura, uma grande variedade de tratamentos preconizados para as DTM: dispositivos intra oclusais - placas mio-relaxantes e placas de bruxismo, medicações, fisioterapia e cirurgia aberta.

A viscossuplementação é uma terapia de baixo custo e pouco invasiva para o tratamento das DTM. Consiste na aplicação de ácido hialurônico (AH) no interior da articulação.





O ácido hialurônico (AH) é um biopolímero formado pelo ácido glucurônico e a N-acetilglicosamina. É um componente natural da derme, presente nos espaços entre as células.

Por ser considerado um dos produtos mais seguros para a realização do preenchimento cutâneo, atualmente a sua forma sintética é muito utilizada na medicina dentária tanto para preenchimento ou para dar volume a determinadas regiões da face, como para o alívio das sintomatologias dolorosas associadas as Disfunções Temporomandibulares (DTM):

Acredita-se que o efeito analgésico da viscosuplementação possa ocorrer pelo bloqueio de recetores e substâncias álgicas endógenas nos tecidos sinoviais.

A viscosuplementação permite a lubrificação da articulação e o estímulo à produção interna de HA

pela cápsula articular, bem como a diminuição do trauma articular trazendo benefícios a médio e longo prazo.

A viscosuplementação é uma realidade na nossa prática clínica e considerada uma boa alternativa no restabelecimento funcional da ATM a curto prazo em pacientes com alterações internas refratárias a tratamentos conservadores.

Contudo, é necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar envolvendo médicos, fisioterapeutas, fonaaudiólogos e psicólogos para o sucesso do tratamento. Outrossim os pacientes que sofrem de DTM também têm que estar conscientes e cooperar com as indicações médicas e entender as limitações prognósticas de seu estado de saúde.

Bibliografia:

BUMAN, Ayel-Disfunção Temporomandibular- Diagnóstico funcional e princípios terapêuticos:sl,Thieme,SD.

Desde 1989



www.labojuvem.cv

atendimento@labojuvem.cv

LABO JOVEM

Laboratório de Análises Clínicas e Hormonais
A sua melhor escolha



Colheita ao Domicílio - Free Tax

Avaliação Externa de Qualidade (PNAEQ - INSA)

Posto Centro

CLÍNICA URGIMED

Telefone: 230 01 70

Horário Funcionamento:

2ª à 6ª feira : 08h - 19h

Horário de Colheita:

2ª, 4ª e 6ª feira : 08h - 09h30

Posto Monte Sossego

CLÍNICA MÚTUA

Av. de Holanda - Monte Sossego

Telefone: 231 83 70

Horário de Marcações:

2ª à 6ª feira: 15h-19h

Horário de Colheita:

3ª à 5ª feira: 08h-09h30

Posto Ilha de S.Nicolau

CLÍNICA SORRIDENTE

Zona de Teja, Tarrafal

Ilha de São Nicolau

Telefone: 236 13 00

Horário de Marcações: 2ª à 6ª feira:

09h-12h30 / 14h-17h



Luto: Enfrentar as perdas

Dra. Belmira Miranda

Mestre em
Saúde Pública

Psicóloga
Clínica

“O próprio viver é morrer, porque não temos um dia a mais na nossa vida que não tenhamos, nisso, um dia a menos nela.”

Fernando Pessoa



Faz tempo que venho estudando e pensando em escrever sobre o luto, tendo em conta os casos clínicos que têm aparecido de um tempo para cá de pessoas em luto. São na maioria, mães que procuram a clínica geral com outras queixas e são encaminhadas para o acompanhamento psicológico. Existem casos também que os familiares e amigos procuram ajuda no sentido de apoiar pessoas que lhes são próximas. Chegam normalmente angustiadas e desesperadas, e com dificuldades de expressar a dor e o vazio que guardam no peito.

Normalmente a pessoa em luto enfrenta dificuldades com o passar do tempo visto que não consegue “falar” da perda. Após um determinado período passa a ouvir constantemente que “tem que parar de chorar e ser forte”. No entanto, fica faltando uma

escuta dos sentimentos de vinculação e o “vazio” que a pessoa que se foi deixou.

Tocar no assunto da “morte” traz sempre angústia e medos, o que dificulta que seja encarada como um processo natural da condição humana. Segundo Yalom, cada indivíduo experimenta o medo da morte à sua maneira. Mas que no entanto, cada um de nós vivencia de certa forma a morte quando, todas as noites, adormecemos, ou quando se perde a consciência em consequência de uma anestesia.

O mesmo autor, refere que a ansiedade da morte junta-se com os medos do mal, do abandono e da aniquilação. Para muitos há uma incapacidade de conceber um estado de “não-existência”.

Luto e trabalho de luto

O processo de luto vem sendo estudado por vários autores atuais a nível mundial. O fenômeno tem levado a muita reflexão e vários contributos já foram dados no sentido de nos levar à sua compreensão.

O pai da psicanálise, Sigmund Freud (1856 – 1939), interessou-se pelo tema e abordou-o em vários dos seus escritos. De entre as obras que Freud escreveu, podemos encontrar Luto e Melancolia (1915) e Ansiedade, Dor e Luto (1926).

Freud apresenta-nos o conceito do luto como “reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como país, a liberdade ou o ideal de alguém”.

Sendo assim, pode-se constatar que o conceito de luto tem presente a ideia de ligação afetiva e toda a reação emocional despoletada, quando se confronta com a perda seja de pessoa próxima ou algo de significativo valor na vida da pessoa.

Para Rebelo (2007), outros dois conceitos de Freud, afeto e melancolia são cruciais para o entendimento do conceito de luto de Freud.

O último defende que o nosso corpo possui forças inatas, descritas como instintos e pulsões, que dão origem a uma dinâmica psicológica que provoca tensões. Considera que o afeto é a forma como se exprime a quantidade de energia do instinto, enquanto que a melancolia é “uma perda na vida pulsional”.

O autor acima considera que Freud tentou demonstrar que o anseio que se expressa em reaver alguém que propiciava prazer dá conta da força de instinto perdida. Ou seja, o luto que se faz por uma pessoa determina o bem-estar que ela nos oferecia através da vinculação.

Apesar de Rebelo apontar a morte como a origem mais clara do luto, o mesmo explica que dentro das causas do luto pode-se encontrar cinco grandes grupos:

- A perda de uma pessoa amada derivado da morte, separação conjugal;

- A perda de pessoa sobre quem se tinha desenvolvido uma enorme fantasia de afeto, como um feto por exemplo;
- A perda resultante de dano provocado ao amor-próprio;
- A perda de posição social, como o estatuto profissional;
- A perda de objetos e animais com alto valor estimativo, como um animal de estimação.

Mas o interesse em falar do luto aqui visa as experiências de muita dor que se passa quando ocorre a perda de pessoas queridas. Há o início da ligação afetiva para depois ter que se confrontar com a despedida.

Segundo Rebelo, no luto são vivenciadas condições emocionais com características como: um enorme desânimo e falta de alento para a vida; um grande desinteresse pelo mundo exterior pois este não vai trazer a pessoa amada que se foi; a perda de capacidade de amar pois não há como substituir a pessoa perdida e a dificuldade de se desenvolver qualquer atividade visto que os pensamentos são voltados para a pessoa que se foi.

O mesmo autor defende que o início de um trabalho de luto visa extrair toda a energia de prazer que a vinculação propiciava. Enquanto dure o prazer da relação com o ente querido, não se quer abrir mão dele facilmente. A perda pode ser admitida racionalmente mas emocionalmente não se aceita ficar sem todo o prazer que a pessoa amada provocava.

Constantemente nas falas das pacientes atendidas na clínica escutei por vezes relatos de visões de “vultos” da pessoa que se foi, de sentir “cheiros” da pessoa ou mesmo uma mãe que refere sentir o “choro” do filho que partiu, ou outra mãe que refere sentir que o filho perdido está “triste”.

Rebelo postula que são alucinações normais, muito leves e quase instantâneas, mas que tendem a desaparecer com o tempo. Explica que a pessoa amada perdida fica dentro de nós a nível psíquico. Por outro lado, existe o luto normal e o luto patológico, e Freud fala em psicose quando há um comportamento de luto patológico.



Rebello considera haver duas reações das pessoas em relação ao luto. Questiona a intensidade da dor da perda e a aceitação da dor de forma tão natural. Explica haver um conflito interno no luto e o fato do nosso ego ter todas as energias absorvidas no trabalho do luto.

O autor defende que quando o conflito é resolvido e se consegue fazer o trabalho do luto, abre-se o espaço para que se possa eventualmente ocupar o espaço deixado pela vinculação com uma outra nova. Fica na pessoa o desejo do prazer de uma nova relação e o desejo de viver a vida.

A perda de um ente querido normalmente provoca várias reações emocionais desde o choque do confronto com a realidade ao vazio que vem com a aceitação da perda. A pessoa em luto precisa de escuta e compreensão perante a experiência dolorosa que atravessa. O sofrimento pode causar, em alguns casos, isolamento e desinteresse pelas atividades que a pessoa antes fazia com naturalidade.

Em alguns casos, a pessoa em luto se sobrecarrega com sentimentos de culpa pois acredita que poderia ter evitado o desfecho. Sendo assim o sofrimento é bem maior e mais dificultada a elaboração do luto.

Autores referem que a solidão causada pela experiência do luto não é sinónimo de depressão, que embora a depressão pode resultar da situação, não há uma relação de causalidade necessária entre ambas.

É notório nos escritos sobre o tema que a perda tem que levar ao trabalho do luto. Por isso, a pessoa em luto deve ter acesso a uma escuta qualificada e compreendida para a resolução do luto. É necessária a orientação para a construção de novos vínculos afetivos e assim ao prazer de viver.

Bibliografia:

Rebello, E (2007) Desatar o nó do luto. 3ª Edição;
Rebello, E (2009) Amor, Luto e Solidão. 1ª Edição;
Yalom, I (2016) De Olhos Fixos no Sol. 3ª Edição



FARMÁCIA
Moderna

Avenida Amílcar Cabral
Plateau- Praia
Santiago

T. 261 27 19
F. 261 29 51
E. fmoderna@sapo.cv

HORÁRIO

2ª a 6ª Das 8h às 20h
Sábado Das 9h às 13h

Ilha do Sal recebeu mais uma missão dos médicos da ONG África Avanza.

Uma equipa do projeto “Médicos Solidários para Cabo Verde” da ONG África Avanza, esteve na ilha do Sal, de setembro a outubro de 2016, na sua 18ª missão, no âmbito da parceria estabelecida no setor da saúde.

Ao todo foram 26 intervenções, sendo 24 cirurgias de otorrinolaringologia e assistências em traumatologia. As intervenções foram realizadas pelo médico otorrino Juan Luis Miró e pelas anestesistas Ainara Lazpita y Maialen Jaca, que estiveram acompanhados pelo médico otorrino Cabo-verdiano, Dr. Feliciano Paulo.

Paralelamente, os médicos da África Avanza aproveitaram a ocasião para doar às autoridades sanitárias do Sal, um moderno aparelho de respiração assistida, que crê-se vir a ser uma mais-valia para o estabelecimento hospitalar

Convém realçar que a missão arrancou no Hospital Ramiro Figueira no passado dia 2 do Setembro de 2016 e terminou a 23 de outubro. Este é fruto de uma parceria entre a ONG Africa Avanza, a Ordem dos Médicos de Cabo Verde e o Hospital do Sal, que teve o início em 2012 e que, hoje, conta com cerca de 500 cirurgias realizadas.

Reuniões para obtenção de subsídio para a carreira médica continuam

Nos últimos três anos, a Ordem dos Médicos participou ativamente na discussão da nova Carreira Médica, tendo feito propostas várias para a melhoria do documento inicialmente proposto. Contudo, não foi possível chegar a nenhum consenso no que diz respeito a algumas questões,

nomeadamente a transição e o quadro de pessoal.

Graças à intenção manifestada pela atual administração, as discussões foram retomadas com a Ordem e o SINTAP. Na próxima ronda, devem ser discutidas as propostas de transição para a nova Carreira.

Comunidade Médica de Língua Portuguesa Reúne-se em Assembleia Geral

A Comunidade Médica de Língua Portuguesa realizou a 2 de Setembro passado uma Assembleia Geral. A reunião decorreu numa das salas do Centro de Cultura e de Congressos da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos de Portugal, (Porto), após o final dos trabalhos do congresso da CMLP.

Na reunião, estiveram presentes os bastonários da Ordem dos Médicos de Portugal, o Conselho Federal de Medicina do Brasil, a Ordem dos Médicos de Angola, a Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, a Ordem dos Médicos de São Tomé e Príncipe, a Ordem dos Médicos de Moçambique, a Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau, os Presidentes da Associação Médica de Moçambique, a Associação Médica Brasileira, a

Associação de Médicos de Língua Portuguesa de Macau e a Associação de Médicos de Língua Portuguesa da Venezuela, que foi admitida na Assembleia de Luanda, em Janeiro deste ano.

Da agenda de trabalhos, dirigida pelo Presidente da Assembleia Geral (de Cabo Verde), constavam, entre outros pontos, a programação das atividades e a eleição dos novos órgãos sociais.

Saliente-se, ainda, que, por proposta do Presidente da Mesa da Assembleia Geral foi aprovada uma moção de louvor e reconhecimento pela forma como foi organizado e realizado o VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa.

OMC participa no VII Congresso da Comunidade Médica da Língua Portuguesa

A Ordem dos Médicos Cabo-verdianos esteve presente no VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa que decorreu no Centro de Cultura e de Congressos da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos de Portugal, no Porto, nos dias 1 e 2 de Setembro.

A Sessão de Abertura contou com os discursos do bastonário da Ordem dos Médicos de Portugal, Dr. José Manuel Silva, do Consultor da Casa Civil da Presidência da República para os Assuntos da Política de Saúde, Dr. Mário Pinto, do Presidente da União das Cidades Capitais de Língua Portuguesa Dr. Vítor Ramalho, e do Dr. Francisco Pavão, em representação do Secretário - geral da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, Dr. José Manuel Pavão.

Durante os dois dias foram apresentados os seguintes painéis: Diagnósticos Nacionais de Saúde, Saúde Mental e Violência, Mobilidade e Educação Médica Especializada, Capacitação e

Desenvolvimento no Espaço Lusófono, Saúde e Economia, uma Agenda Integrada e, ainda, Língua e Pátria.

O Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, Daniel Silves Ferreira, participou no painel Mobilidade e Educação Médica Especializada, juntamente com o Dr. Carlos Alberto Pinto de Sousa, Bastonário da Ordem dos Médicos Angolanos, a Professora Doutora Maria Amélia Ferreira, Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, o Dr. Carlos Cortes, Presidente da Secção Regional Centro da Ordem dos Médicos de Portugal, o Dr. Edson Oliveira, Presidente do Conselho Nacional do Médico Interno e Dr. António Guterres, jovem médico timorense.

A Sessão de Encerramento, que contou com a presença e discurso do Ministro de saúde de Angola, Dr. Luís Sambo, foi presidida pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Delgado.

Bastonário participa na reunião alargada do Ministério da Saúde

Respondendo ao convite que lhe foi formulado, o bastonário da Ordem dos Médicos cabo-verdianos, Daniel Silves Ferreira, participou na Reunião Alargada do Ministério da Saúde e Segurança Social que decorreu na Cidade Velha, de 8 a 12 de Agosto.

Durante o Encontro, o bastonário foi preletor de uma comunicação sob o tema “Integração dos Serviços de Saúde Mental nos Cuidados Primários

de Saúde”, que integrou o painel Saúde Mental nos Cuidados Primários.

À margem do evento, o bastonário acompanhado da vice-presidente da Ordem, Dra. Conceição Pinto, teve um encontro com os médicos presentes, tendo partilhado informações sobre a Organização e apelado à participação e cumprimento dos deveres.

Empossado novo Conselho de Administração do Hospital Agostinho Neto

O novo Conselho de Administração do Hospital Agostinho Neto (HAN) foi empossado, no passado dia 3 de Agosto, numa cerimónia presidida pelo Ministro da Saúde e Solidariedade Social, Dr. Arlindo do Rosário.

O bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, Daniel Silves Ferreira, assistiu à tomada de posse do novo Conselho de Administração, presidido pelo Dr. Júlio Barros Andrade. Integram

ainda este conselho o Dr - Fernando Lopes Almeida (Diretor Clínico), a Enf^a. Edith Lopes da Silva (Superintendente de Enfermagem), o Dr. João José Pires (Administrador) e a Dra. Hirondina Vaz Spencer (Vogal, não executivo).

Recorde-se que o Dr. Júlio Andrade é médico oftalmologista e antigo Bastonário da Ordem dos Médicos de que é membro fundador.



Maria da Luz Mendonça designada para a Direção Nacional da Saúde

Maria da Luz Tavares de Lima Frederico Mendonça foi designada pelo atual Ministro da Saúde e Segurança Social para chefiar a Direção Nacional da Saúde.

Maria da Luz Mendonça licenciou-se em 1991 pela Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal, país onde exerceu clínica no Centro de Saúde de Benfica e no Serviço de Urgência no Hospital de São José.

É pós-graduada pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical em Clínica das Doenças Tropicais e Parasitologia e especializou-se em Medicina do Trabalho pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Em 2013 foi galardoada com o Prémio Professor Doutor Francisco Cambournac, como distinção para a classificação de melhor aluno do mestrado em Saúde Pública, na área de Saúde e Desenvolvimento,

do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal.

Além do exercício clínico, Maria da Luz Mendonça já desempenhou vários cargos de direção no país. Foi Diretora dos Centros de Saúde da Achada Grande Trás, Achadinha e Tira Chapéu, além de ter dirigido de 2004 a 2008 o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra.

De 2009 a 2012 integrou o Conselho Diretivo Nacional da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, tendo sido Presidente da Comissão Organizadora do Primeiro e Segundo Congresso Internacional da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, do VI Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa e do VIII Congresso de Saúde Mental da Comunidade Médica de Língua Portuguesa.

Nos últimos meses era coordenadora do Programa de Prevenção e Rastreamento dos Cancros.

Membros do Conselho Diretivo Nacional da Ordem visitam São Vicente e Santo Antão

O Bastonário da Ordem dos Médicos e a Dra. Ofélia Monteiro, Secretária do Conselho Diretivo Nacional, estiveram em São Vicente no passado dia 21 de Outubro, em missão de trabalho. Reuniram-se com o Presidente do Conselho Diretivo Regional de Barlavento da OMC, Dr. José Manuel de Aguiar, que se juntou à Delegação para encontros de trabalho com o delegado de Saúde de São Vicente, a Presidente do Conselho de Administração e a

Directora Clínica do Hospital Baptista de Sousa.

A delegação teve ainda um encontro alargado com o CND e a classe médica do Conselho da Ribeira Grande de S. Antão, no qual foram partilhados vários assuntos relacionados com o funcionamento da Ordem, os estatutos da Carreira Médica e a forma como a classe deverá melhor interagir com a Organização.

Bastonários das Ordens Profissionais reunidos

Os Bastonários das Ordens Profissionais estiveram reunidos, no passado dia 31 de Outubro de 2016, para discutir algumas questões que lhes são comuns. A iniciativa do encontro que agora se concretizou partiu do Bastonário da Ordem dos

Engenheiros, após várias tentativas ao longo dos últimos anos. Ficou decidida a realização periódica de encontros com o objetivo de partilharem suas experiências e conhecimentos para o bem das Ordens.

Inalgin[®] Gel

Etofenamato

Inalgin é a solução

Alívio das dores musculares e reumáticas



Inpharma

Inalgin Gel (etofenamato) é um medicamento não sujeito a receita médica obrigatória. **Indicações Terapêuticas:** este medicamento está indicado nas situações dolorosas localizadas do aparelho locomotor, atua no alívio da dor, redução do inchaço e inflamação, pode ser usado por adultos no tratamento de lesões musculares ou das articulações, como contusões, luxações, entorses e tendinites; doenças reumáticas (reumatismo), como artrites e artroses. **Contra indicações:** O etofenamato não deve ser aplicado diretamente em feridas abertas, peles lesadas, lesões eczematosas, nem deve ser utilizado em crianças com menos de 12 anos, grávidas, nem se tiver alergias (reações de hipersensibilidade: rash cutâneo (erupção na pele com vermelhidão), sensação de falta de ar e dificuldade em engolir; Reações bolhosas (alterações extensas a nível da pele com aparecimento de vermelhidão, descamação e grandes bolhas), ao etofenamato ou qualquer outro componente de **Inalgin**. **Precauções e advertências:** Se apanhar sol na zona onde Inalgin foi aplicado, poderá surgir dermatite fotossensível (inflamação da pele que se pode manifestar por vermelhidão e comichão na zona de aplicação após exposição solar). Caso sinta um desses sintomas, contacte imediatamente o seu médico ou farmacêutico; **Interações medicamentosas:** Caso esteja a tomar algum dos seguintes medicamentos, contacte o seu médico ou farmacêutico antes de iniciar a aplicação de Inalgin porque pode comprometer o seu efeito ou aumentar o risco de efeitos secundários; O uso de Inalgin associado à enoxaparina pode aumentar o efeito hemorrágico; com a hidroclorotiazida pode diminuir a ação diurética desta e a sua eficácia antipertensiva; o seu uso simultâneo com o lítio pode aumentar a toxicidade deste. Quando utilizado simultaneamente com o triamtereno pode reduzir a eficácia deste e produzir nefrotoxicidade; diuréticos, Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) e Antagonistas da Angiotensina II (AAII). **Efeitos secundários frequentes:** Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos secundários, embora estes não se manifestem em todas as pessoas. **Frequentes:** prurido (comichão); eritema (aparecimento de zonas avermelhadas na pele); irritação local da pele, que normalmente desaparece quando se interrompe o tratamento. **Apresentações:** Inalgin Gel embalagens de 100g. **Leia cuidadosamente as informações constantes do folheto informativo.**

Pela sua saúde, beba Água Trindade



De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, uma água própria para consumo humano deve ser aquela cujo pH se situa entre os 6,5 e os 8,5 e ser, preferencialmente, alcalina ou ligeiramente alcalina. Uma água alcalina é considerada ideal para a saúde. De entre os seus vários benefícios destaca-se o seu poder antioxidante e a sua propriedade retardadora do envelhecimento precoce das células. Trindade tem um pH igual a 7,27.

Pela sua saúde, beba Água Trindade





CAETANO AUTO
GRUPO SALVADOR CAETANO



TOYOTA

LEAD THE WAY

NOVO

FORTUNER



Tel. 263 5106 - Mov. 991 5226 - comercial@caetanoauto.cv
Zona Industrial Achada Grande Trás - Praia - Cabo Verde