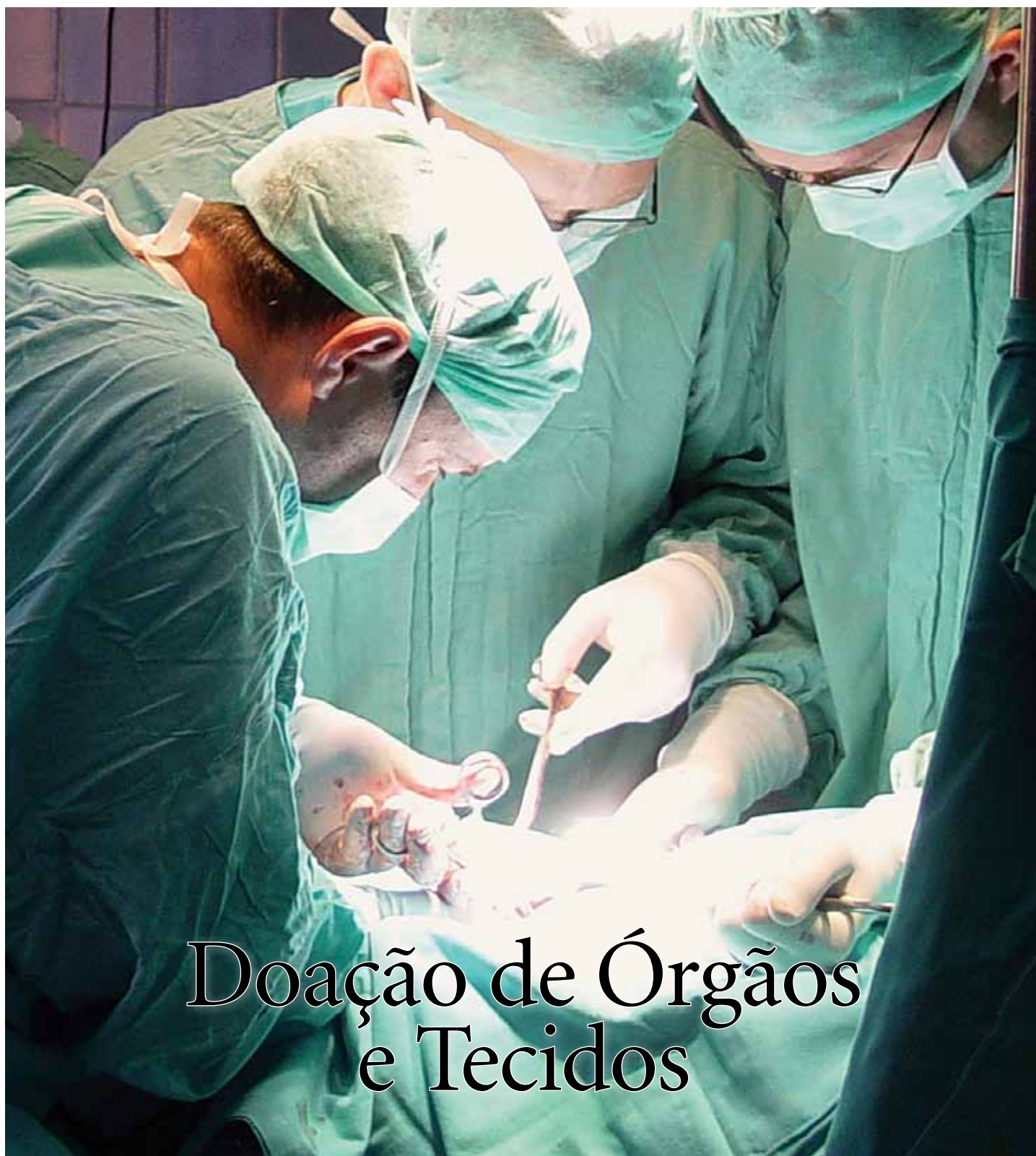




# Jornal do Centro



## Doação de Órgãos e Tecidos

Cardiologia Pediátrica realiza intervenção cardíaca pioneira em bebé de 1Kg



Sabe o que é a Diabetes?

**Telefones úteis****Índice**

- 3 Editorial
- 4 Aposentação da Prof<sup>a</sup>. Ana Aleixo
- 5 Doação de Órgãos e Tecidos
- 6 Sabe o que é a Diabetes?
- 8 Serviço de Cardiologia Pediátrica realiza intervenção cardíaca por cateterismo em bebé de 1Kg
- 10 Reunião da Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNICARV) do Serviço de Cardiologia - 2VRT
- 12 Um Dia com... a Segurança do Doente
- 14 Prevalência da Infecção Nosocomial no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- 15 Breves
- 16 Agenda do Centro

**HOSPITAL DE EGAS MONIZ**

Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa

Apoio ao Internamento	210432221/22/30
Consulta Externa – Informações e marcações	210432371/73
Consulta do Viajante – Informações e marcações	210432354/6
Urgência de Otorrinolaringologia	210432233
Urgência de Oftalmologia	210432235
Cirurgia Ambulatória	210432261/62
Gabinete de Comunicação e Imagem	210432448
Serviço Social	210432413

**HOSPITAL DE SANTA CRUZ**Av<sup>a</sup> Prof. Reinaldo dos Santos - 2790-134 Carnaxide

Informações gerais/Apoio ao Internamento	210433001/02
Consulta Externa – Marcações 1 <sup>a</sup> 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 1 <sup>a</sup> vez	210431765/68
Consulta Externa – Marcações subsequentes:	
• Medicina Interna	210431490/91
• 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 Cidadão do CHLO****Contactos****Horário de Funcionamento:** 9h00 às 17h00 de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira

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

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

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER  
gabcidadaohsfx@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, 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



# Doação de órgãos

**N**o dia 27 de Setembro comemora-se o Dia Nacional de Doação de Órgãos e Tecidos, cuja intenção é a de sensibilizar a comunidade para um acto de grande generosidade e solidariedade para com o próximo. A dádiva de órgãos permite melhorar, ou mesmo assegurar, a vida de muitos doentes que sofrem física e psicologicamente durante anos em longas listas de espera para transplante.

Pela lei portuguesa todos os cidadãos são potenciais dadores. Quem decidir não ser dador terá de se inscrever no Registo Nacional de Não Dadores - RENNDA, acessível em qualquer Centro de Saúde. Alguns inscrevem-se como não dadores por receios e fantasmas infundados, e talvez por pouco esclarecimento sobre o acto e consequências da doação.

Já existe conhecimento de que os dadores em vida (rim, medula óssea, parte do fígado ou pulmão) habitualmente têm uma vida mais longa por serem avaliados cuidadosamente no pré-doação e seguidos clinicamente de uma forma regular no post-dádiva. Na doação após a morte, o dador fará com que outros vivam com melhor qualidade de vida através dos seus órgãos que, sem este acto generoso, em breve se decomporiam inexoravelmente e em pó se iriam transformar.

É reconfortante a ideia de que a morte pode dar lugar à vida de outros que sofrem.

Portugal foi dos países da Europa que apresentava maior número de colheitas de órgão por milhão de habitantes até há cerca de três ou quatro anos tendo, lamentavelmente, e por razões várias, perdido este lugar destacado.

Podemos contribuir todos para que esta tendência se inverta.

Informe os seus familiares e amigos de que é potencial dador.

Seja solidário! Doar um órgão pode diminuir o sofrimento dos outros. ■

# À Senhora Prof<sup>a</sup> Ana Aleixo

**S**ou de opinião que as Instituições tal como são nada devem a quem nelas trabalham, nessa contabilidade simples do deve e haver, ainda que o trabalho de cada um de nós, possa, somado ao de todos, engrandecer, credibilizar e dignificar as Instituições onde trabalhamos e em alguns casos fazer a diferença. Dependem fundamentalmente do empenho, dedicação, diferenciação, entusiasmo e capacidade que cada um possui e quer pôr no seu trabalho diário.

Escrevo este filosófico preâmbulo para homenagear uma pessoa em particular – a Sra. Prof<sup>a</sup> Doutora Ana Aleixo, que ao contrário de muitos de nós, pelo seu percurso, foi um exemplo para o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), tendo trabalhado em períodos diferentes, nos 3 Hospitais que compõem o CHLO. Primeiro, no Hospital de Egas Moniz, no Serviço de Medicina do Prof. Salles Luis, depois no Hospital de Santa Cruz, no Serviço de Cardiologia, e a partir de 1992, no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), outra vez no Serviço de Medicina do Prof. Salles Luis e depois sendo Directora Clínica, Directora do Hospital e Presidente do Conselho de Administração, Directora do Serviço de Medicina, Directora do Departamento de Investigação Clínica, Chefe de Serviço do Serviço de Cardiologia e Coordenadora do Serviço no HSFX. Agregue-se a tudo isto as funções assistenciais diárias, uma consulta de Cardiologia sempre cheia, a Carreira Académica, mas sobretudo o ensino e abertura de horizontes e possibilidades aos mais novos.

A sua invulgar capacidade de trabalho, dedicação, entusiasmo e um ímpar sentido para a aglutinação de pessoas em torno de projectos, actuando como motor na motivação dos colaboradores, foi notável, devendo-se a esta dinâmica algumas realizações visíveis e utilizáveis, curricula de muitos dos colaboradores do Hospital e melhorias na assistência aos doentes.

O Edifício Materno Infantil do HSFX deve a sua concretização a



muitas das iniciativas da Prof<sup>a</sup> Ana Aleixo e sobretudo a um querer empenhado que demonstrou enquanto esteve na Administração deste Hospital. Esta, como muitas outras Unidades Funcionais ou Físicas deste Hospital devem a sua existência a um arguto engenho em encontrar modos de viabilização financeira, integrando projectos de financiamento externos, tornando possível com trabalho e imaginação de muitos, o que parecia quase impossível.

Sem me contrariar no mesmo texto, julguei, como Directora Médica do HSFX, ter o dever, que tomei com muito gosto, pela amizade que tenho à Prof<sup>a</sup>. Ana Aleixo, fazer esta homenagem a uma pessoa que promoveu muito o Hospital e tudo o que atrás escrevi, e que ao aposentar-se deixa seguramente uma indelével marca e cunho pessoais do modo activo, humano, competente e inteligente como esteve, e não só passou, aqui.

Resta-me acabar com o desejo que esta nova etapa que agora começou seja mais tranquila e mais fácil que as anteriores, mas nem por isso menos importante ou menos produtiva.

Muito obrigada

**DRA. RITA PEREZ**  
Directora Médica do HSFX  
Chefe de Serviço de Anestesiologia

## Louvor Público – Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Aleixo

“O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, em sessão realizada em 24/04/2013, deliberou louvar o trabalho desenvolvido pela Senhora Prof<sup>a</sup> Doutora Ana Aleixo, Chefe de Serviço de Cardiologia e Doutorada pela Faculdade de Ciências Médicas, durante o período de 35 anos em que exerceu funções, em tempos diferentes, nos três hospitais deste Centro Hospitalar:

1978 a 1980 – Hospital de Egas Moniz – Serviço de Medicina/Clinica Universitária

1980 a 1992 – Hospital de Santa Cruz – Serviço de Cardiologia

1992 a 2013 – Hospital de São Francisco Xavier:

- 1992 a 1996 – Serviço de Medicina
- 1996 a 1999 – Directora Clínica
- 1999 a 2002 – Presidente do Conselho de Administração
- 2003 a 2006 – Directora do Serviço de Medicina
- 2006 a 2013 – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Directora do Departamento de Investigação Clínica e Cardiologista

A Senhora Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Aleixo, aposentada em 1 de Abril de 2013, foi sempre reconhecida pelos doentes e pelos seus pares como uma excelente clínica, altamente dedicada ao trabalho hospitalar. Teve sempre funções docentes em paralelo com a clínica, e prestou serviço público com elevada competência nos cargos de gestão hospitalar que aceitou desempenhar.

É pois com grande admiração pelo trabalho desenvolvido pela Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Aleixo que o Conselho de Administração lhe presta hoje louvor público, reconhecendo o mérito da prestação dos seus serviços à instituição.

Dra. Maria João Pais  
Presidente do Conselho de Administração”

# Doação de Órgãos e Tecidos

O processo de doação de órgãos e tecidos, entre os quais tecidos oculares como a córnea e a esclera, representa a atitude final de maior altruísmo que se pode esperar do ser humano. É esta atitude de partilha que permite salvar vidas e devolver a visão a doentes com patologias oculares graves em que foram esgotadas as outras alternativas terapêuticas.

A colheita de tecidos oculares pode ser feita em dois tipos de dadores, dadores em morte cerebral (tal como os habitualmente utilizados para colheita de outros órgãos) ou dadores em paragem cardíaca, que ocorrem em número potencialmente muito superior aos dadores em morte cerebral.

Existe em Portugal, tal como na maioria dos países, um grave problema de défice de dadores, que existem em número muito inferior ao necessário para permitir tratar todos os doentes em lista de espera a necessitar de um transplante. Daí que seja fundamental a colheita ocorrer também nos dadores em paragem cardíaca, para além dos casos de morte cerebral. A córnea é, de entre todos os órgãos, um território privilegiado para o podermos fazer dado que, por ser uma estrutura transparente e sem vasos sanguíneos, a probabilidade de uma rejeição pós-operatória é muito inferior à dos outros órgãos, pelo que também não se colocam os problemas de compatibilidade dador-recetor que devem ser acautelados no transplante de outros órgãos.

No Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) a colheita de córnea é sempre efetuada com o maior respeito pelo cadáver do dador com a consciência plena do que este ato de partilha representa. É executada por médicos experientes e dedicados especificamente a esta área, com o treino necessário para efetuar a colheita em ambiente próprio, asséptico e de forma a não alterar o aspeto do olho, que é reconstruído de forma a não desfigurar o dador. Nesta fase são simultaneamente executados testes sanguíneos ao dador, de forma a evitar quaisquer riscos de contágio para o recetor.

Após a colheita, a córnea é submetida a um processo rigoroso de estudo no banco de córnea do CHLO que envolve a observação microscópica e a contagem celular da camada mais interna da córnea (endotélio), o que permite a certeza da máxima qualidade do tecido transplantado e a possibilidade de avaliar os resultados a longo prazo, o que garante qualidade clínica e permite uma maior produção científica.

A redução da lista de espera para transplantes de córnea, que nos últimos anos tem tido um crescimento exponencial, só é possível através de uma perspetiva abrangente sobre a doação de órgãos e tecidos pelo que se torna fundamental enaltecer este gesto último de grandeza humana.

*DR. TIAGO FERREIRA*  
Serviço de Oftalmologia

Diretor do Serviço:  
*DR. ANTÓNIO RODRIGUES*



**Dr. Tiago Ferreira**  
Médico responsável pela  
Cirurgia Implanto-refractiva



**Pós-operatório**  
de queratoplastia penetrante

**«No Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental a colheita de córnea é (...) executada por médicos experientes e dedicados especificamente a esta área»**

# Sabe o que é a Diabetes?

**T**rata-se de uma doença crónica muito frequente na nossa sociedade (cada vez mais frequente) e que aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades.

A *Diabetes Mellitus* caracteriza-se pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, a hiperglicemia.

A hiperglicemia (açúcar elevado no sangue) que existe na Diabetes deve-se em alguns casos à insuficiente produção, noutros à insuficiente ação da insulina e, muitas vezes combinam-se estes dois fatores.

Trata-se de uma doença grave? Claro que sim, pois as pessoas com Diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações, que vão estragar a quantidade mas também a qualidade de vida. Contudo, é possível reduzir os seus danos através de um controlo rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, do colesterol, entre outros problemas que afetam a circulação, como o tabaco. Uma vigilância regular dos órgãos mais afetados (retina, nervos, rim, coração, pés, etc.) é necessária para a prevenção e tratamento destas complicações.

De acordo com as Normas da Direção-Geral da Saúde, os critérios de diagnóstico de Diabetes, são os seguintes:

## **Diabetes:**

- Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl;
- Sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional  $\geq 200$  mg/dl; ou
- Glicemia  $\geq 200$  mg/dl, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75 g de glicose; ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c)  $\geq 6,5\%$ .

## **O QUE É A HIPERGLICEMIA INTERMÉDIA (PRÉ-DIABETES)?**

A Hiperglicemia Intermédia, também conhecida como pré-diabetes, é uma condição em que os indivíduos apresentam níveis de glicose no sangue superiores ao normal, não sendo, contudo, suficientemente elevados para serem classificados como Diabetes.

De acordo com as normas estão nesta condição os indivíduos que apresentam estes valores:



- Glicemia em jejum  $\geq 110$  mg/dl e  $< 126$  mg/dl  
- Glicemia às 2 horas após a ingestão de 75 gr de glicose  $\geq 140$  mg/dl e  $< 200$  mg/dl

Estas condições, as da pré-diabetes, são atualmente reconhecidas como fator de risco vascular e um aumento da possibilidade de evolução para a Diabetes.

## **TIPOS DE DIABETES**

### **Diabetes Tipo 1**

A Diabetes tipo 1 é causada pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas, geralmente devido a uma reação auto-imune. Estas células pâncreas produzem, assim, muito pouca ou nenhuma insulina, a hormona que permite que a glicose entre nas células do corpo. A doença pode afetar pessoas de qualquer idade, mas ocorre geralmente em crianças ou adultos jovens. As pessoas com Diabetes tipo 1 necessitam de injeções de insulina diariamente para controlar os seus níveis de glicose no sangue. Sem insulina, as pessoas com Diabetes tipo 1 não sobrevivem.

O aparecimento da Diabetes tipo 1 é, geralmente, repentino e dramático e pode incluir os sintomas habitualmente associados à diabetes:

- Micção frequente;
- Sede anormal e secura de boca;
- Cansaço/ falta de energia;
- Fome constante com perda rápida de peso;
- Feridas de cura lenta;
- Infecções recorrentes;
- Visão turva.

A Diabetes tipo 1 é muito menos frequente do que a Diabetes tipo 2 (menos de 10% dos casos de Diabetes), mas a sua incidência está a aumentar.

### **Diabetes Tipo 2**

A forma mais frequente de Diabetes, a Diabetes tipo 2, ocorre também quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizá-la de forma eficaz. O seu diagnóstico ocorre geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo e está quase sempre associada ao excesso de peso e à inatividade. Cada vez mais crianças obesas podem desenvolver a Diabetes tipo 2. A Diabetes tipo 2 pode ter poucos sintomas, passando despercebida por vários anos, sendo o diagnóstico muitas vezes efetuado já tarde devido à manifestação de complicações associadas ou, acidentalmente, através de análises, aparece um resultado anormal dos valores de glicose no sangue ou na urina.

A Diabetes tipo 2 tem uma forte componente de hereditariedade mas também aparece quase sempre associada à obesidade. É este excesso de peso, que pode causar resistência à insulina e provocar níveis elevados de glicose no sangue. Os fatores possíveis para o desenvolvimento da Diabetes tipo 2, entre os quais:

- Obesidade, alimentação inadequada e inatividade física;
- Envelhecimento;
- Resistência à insulina;
- História familiar de diabetes;
- Ambiente intra-uterino deficitário;
- Etnia.

As pessoas com Diabetes tipo 2 podem durante longos períodos da doença estarem bem compensados com adequadas medidas alimentares e atividade física, dispondo ainda de vários tipos de comprimidos para o controlo da doença. Ao contrário da Diabetes tipo 1, sobrevivem sem recurso ao tratamento com insulina. Mas podem necessitar desta para o controlo da hiperglicemia se a dieta, associada a antidiabéticos orais, não se revelarem eficazes. O grande aumento do número de casos de Diabetes tipo 2 (cerca de 80% mais nos últimos 20 anos em Portugal), é de-

vido ao envelhecimento da população, às alterações alimentares, à redução da atividade física e a estilos de vida não saudável, que caracterizam a crescente urbanização com as rápidas mudanças culturais e sociais daí resultantes.

### EPIDEMIA DEVASTADORA: A DIABETES NO MUNDO

- Mais de 371 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de Diabetes o que corresponde a 8,3% da população mundial (e continua a aumentar em todos os países);
- A Diabetes não foi ainda diagnosticada, em mais de 50% destas pessoas, prosseguindo sem tratamento a sua evolução silenciosa;
- 4,8 milhões de pessoas morreram em 2012 devido à Diabetes e metade das quais tinham menos de 60 anos;
- 552 milhões, será em 2030, o número de pessoas com Diabetes no mundo, o que representa um aumento de 49%;
- Entre os países Europeus, Portugal está nos que registam uma mais elevada taxa de prevalência da Diabetes.

### E ... EM PORTUGAL

- A Diabetes em Portugal atinge mais de 1 milhão de indivíduos (a prevalência em 2011 é de 12,7% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos);
- Destes, 44% ainda não tinha sido diagnosticada;
- Nos mais idosos, escalão etário dos 60-79 anos, mais de um quarto da população portuguesa tem Diabetes;
- 90% da população com Diabetes a apresentar excesso de peso ou obesidade. De facto, uma pessoa obesa apresenta um risco 3 vezes superior de desenvolver Diabetes do que uma pessoa com peso normal;
- A Hiperglicemia Intermédia (Pré-Diabetes) em Portugal, em 2011, atinge 26,5% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (2 088 mil indivíduos);
- Pelo número de novos casos de Diabetes tipo 2 (Taxa de incidência), houve um crescimento de 80%, nos últimos 10 anos;
- As pessoas com Diabetes tipo 1, crianças e adolescentes, são cerca de 3 000 indivíduos, manifestando uma ligeira tendência de crescimento no mesmo período.

### COMPLICAÇÕES NA DIABETES

É nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, que se manifestam as mais importantes, e muitas vezes fatais, complicações da Diabetes.

Em praticamente todos os países desenvolvidos, a Diabetes é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores. A Diabetes constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral.

#### Dados em Portugal

- Prevalência de Retinopatia Diabética nos Internamentos por Descompensação/Complicações da Diabetes: 34,6%;
- Prevalência da Diabetes nas Pessoas com Insuficiência Renal Crónica: 27,2%;
- Prevalência da Diabetes nos novos casos de Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálises: 31,7%;
- Pessoas com Diabetes com Acidente Vascular Cerebral (AVC): 28% dos internamentos por AVC são em pessoas com Diabetes;
- Pessoas com Diabetes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM): 31% dos internamentos por EAM são em pessoas com Diabetes.

### CONTROLO E TRATAMENTO DA DIABETES

#### Controlo da Diabetes

Diabetes controlada significa ter níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, acordados com o médico assistente, o mais próximos possível da normalidade. Terão que se ter em conta a idade, a duração da doença, o dia-a-dia da pessoa com diabetes, o grau de atividade, a existência de outras doenças, etc. Definem-se que valores de glicemia cada pessoa deve ter em jejum e depois das refeições, o que implica a realização de testes de glicemia capilar (através da picada no dedo para medir o “açúcar no sangue”), cuja periodicidade é definida pelo médico tendo sempre em conta o grau de controlo existente.

Pela determinação da hemoglobina A1c, podemos ter uma visão global de como está a compensação da Diabetes nos últimos três meses. Normalmente, uma pessoa bem controlada tem um

valor inferior a 6,5%, embora possam ser aceitáveis valores mais elevados. O valor a atingir deve ser individualizado de acordo com a idade, os anos de diabetes e as complicações existentes.

Dada a frequente associação da Diabetes com a hipertensão arterial e o colesterol elevado, que podem agravar as suas complicações, o controlo destes dois fatores de risco faz parte integrante do controlo da Diabetes.

### TRATAMENTO DA DIABETES TIPO 1

As pessoas com Diabetes tipo 1 podem ter uma vida saudável, plena e sem grandes limitações, desde que façam o tratamento adequado e que engloba:

- 1 – Insulina;
- 2 – Alimentação;
- 3 – Exercício físico;
- 4 – Educação da Pessoa com Diabetes, que engloba a auto-vigilância e o auto-controlo da Diabetes através de glicemias efetuadas diariamente e que permitem o ajuste da dose de insulina, da alimentação e da atividade física.

A auto-vigilância informa as pessoas com diabetes se a glicemia está elevada, baixa ou normal permitindo a adaptação (auto-controlo), se necessário, dos outros elementos do tratamento (alimentação/insulina/exercício físico).

### TRATAMENTO DA DIABETES TIPO 2

Controlar o peso é o primeiro objetivo no tratamento da Diabetes tipo 2: é o mais importante e implica uma adaptação naquilo que se come e quando se come e na atividade física que se efetua diariamente (o exercício regular – mesmo o simples andar a pé – permite que o organismo tire melhor proveito do açúcar que tem em circulação). Muitas vezes, este primeiro passo, com a eventual perda de peso se este for excessivo, é o suficiente para manter a Diabetes controlada (pelo menos durante algum tempo ... que pode ser de muitos anos). Quando não é possível controlar a hiperglicemia, apesar da adaptação alimentar e do aumento da atividade física, é necessário fazer o tratamento com comprimidos e, em certos casos, utilizar insulina. É ainda frequente a necessidade de utilização de medicamentos para controlar o colesterol e a pressão arterial.

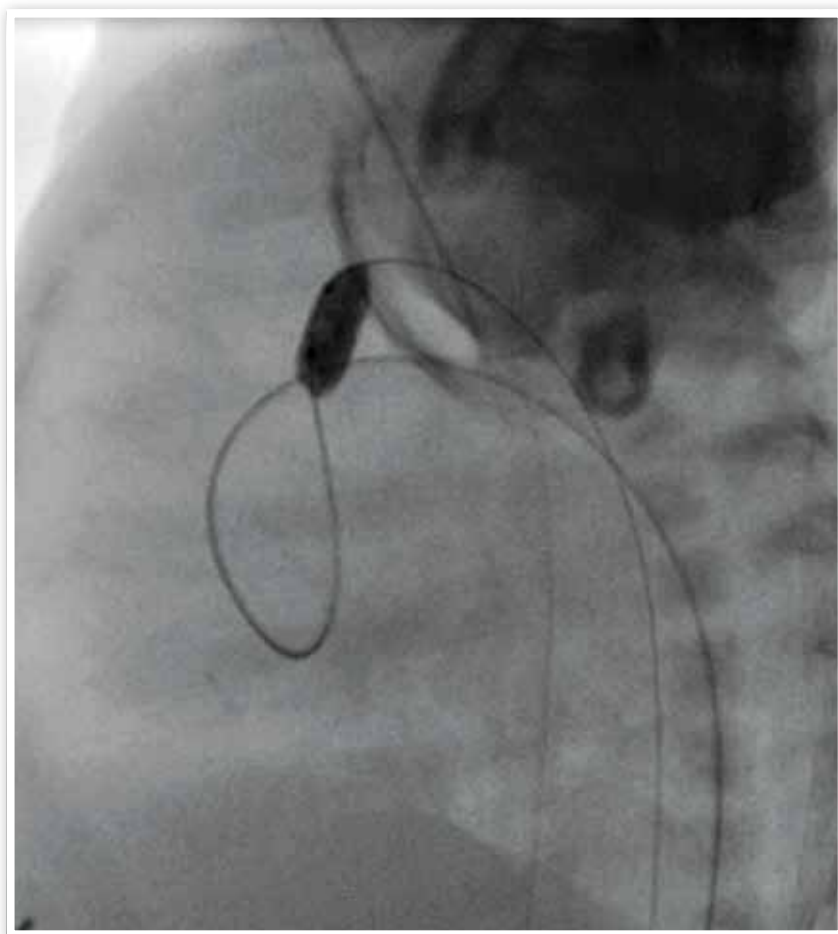
# Serviço de Cardiologia Pediátrica realiza intervenção cardíaca por cateterismo em bebê de 1Kg

**E**m Agosto de 2013 realizou-se no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Cruz uma intervenção delicada num recém-nascido com 28 semanas de gestação e 1 Kg de peso. Não se trata verdadeiramente de um procedimento novo (dilatação percutânea da válvula pulmonar em recém-nascido com estenose pulmonar crítica) uma vez que este procedimento foi introduzido no nosso país há muitos anos pelo nosso Serviço, e o fazemos regularmente tanto em crianças como em recém-nascidos.

O desafio, a inovação e o próprio risco foi de fato intervir num bebê prematuro, e com um peso tão baixo. No nosso país nunca havia sido realizado um cateterismo cardíaco de intervenção num recém-nascido com um peso tão baixo. Quando fomos contactados pela equipa médica de Neonatologia do Hospital Santa Maria, foi-nos comunicado que tinham um doente com diagnóstico pré-natal de doença cardíaca grave - uma estenose crítica da válvula pulmonar, com a agravante de que o bebê estaria a acumular líquidos em consequência dessa patologia.

A estenose da válvula pulmonar consiste no estreitamento dessa válvula com aumento da resistência à passagem de sangue do ventrículo direito para as artérias pulmonares. Essa resistência condiciona uma sobrecarga e um esforço enorme ao lado direito do coração, verificando-se uma acumulação de líquidos, com a consequente disfunção de todos os órgãos.

O diagnóstico numa criança faz-se através das mesmas técnicas que nos adultos, recorrendo em particular à ecocardiografia, e tal como neste caso, o diagnóstico das situações mais graves pode ser realizado ainda no período fetal. Quando a situação é detetada precocemente, como o caso



**Balão a ser insuflado a nível da válvula pulmonar durante cateterismo cardíaco em recém-nascido prematuro com 1 Kg**

que se apresenta, há a possibilidade de intervenção da forma mais rápida e eficaz. Neste caso, em particular, a forma menos agressiva de tratamento é precisamente o cateterismo cardíaco, permitindo uma abordagem menos invasiva para a resolução do problema. O momento certo? Dependerá, claro, do diagnóstico clínico e da sua gravidade.

Para realizar o procedimento, o bebê foi transportado para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Cruz. A inter-

venção foi o resultado de um trabalho de equipa entre o Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria, onde o bebê nasceu e tem sido seguido antes e depois da intervenção e o Hospital de Santa Cruz, que realizou o procedimento. Esta intervenção não consiste numa cirurgia de peito aberto, mas sim uma técnica muito menos invasiva, realizada através de uma veia na virilha do recém-nascido. É introduzido pela veia um pequeno balão que é avançado até ao coração e insuflado



**«No nosso país nunca havia sido realizado um cateterismo cardíaco de intervenção num recém-nascido com um peso tão baixo»**

a nível da válvula, permitindo alargá-la e aliviar o aperto, sob controle de fluoroscopia, na sala de hemodinâmica. A intervenção foi um sucesso, no próprio dia o bebé regressou ao Hospital de Santa Maria, urinou mais de 200 mililitros, o correspondente a 20% do seu peso, dado que começou imediatamente a perder o excesso de líquidos que tinha. Após cinco dias deixou de estar ligado ao ventilador. Um mês depois duplicou o peso, e tem agora quase 2 Kg.

Em cada 100 bebés, 1 nasce com algum tipo de defeito cardíaco, que na maior parte dos casos não tem esta gravidade, mas que deve ser controlado e vigiado para que se possa atuar

de forma mais rápida e eficiente. Neste caso houve um diagnóstico precoce. Foi realizado um procedimento de alto risco, tecnicamente muito difícil, exigindo um grande nível de precisão, uma vez que a veia da perna tinha menos de 1 milímetro, pelo que ambas as equipas, Hospital de Santa Maria e Hospital de Santa Cruz, estão de parabéns.

Para finalizar, devo congratular a Associação Coragem – Minicor, do Hospital de Santa Cruz e os pais das crianças que dão vida a esta Associação. Graças à candidatura feita por Cláudia Tavares e Luís Madeira Lopes ao prémio GALP Voluntários, obteve-se o primeiro prémio de Excelência

no Voluntariado. Com outras contribuições de doentes e da Liga dos Amigos do Hospital de Santa Cruz, remodelámos recentemente a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, dando vida a um projeto já há muito pretendido – o de adequar aquele espaço às necessidades básicas do Serviço, permitindo um melhor acolhimento em situações tão difíceis como a do caso que apresento. Tivemos as instalações e sobretudo as equipas certas para resolver esta situação, e o resultado foi muito gratificante.

**DR. RUI ANJOS**  
Diretor do Serviço de Cardiologia Pediátrica  
Hospital de Santa Cruz

# Reunião da Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNICARV) do Serviço de Cardiologia - 2VRT

## (*vascular and restorative therapy*)

No início do mês de Maio (dias 2 e 3) realizou-se a reunião anual da Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNICARV) do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), intitulada «2VRT - *vascular and restorative therapy* & 6<sup>th</sup> *intra-coronary imaging course* - OCT». Tal como foi sublinhado na sessão de abertura pelo Dr. Miguel Mendes, Diretor do Serviço de Cardiologia do CHLO, os pilares desta reunião foram: cooperação e inovação.

A cooperação esteve presente na organização da reunião e na composição do seu programa científico. Para além dos Serviços de Cardiologia do CHLO e do Hospital Garcia de Orta, já co-organizadores de reuniões prévias, este ano a reunião contou com o Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG). Relativamente ao programa científico a colaboração foi evidente pela discussão de temáticas transversais a várias especialidades, nomeadamente à Cardiologia, Cirurgia Cardio-Torácica, Medicina Interna e Neurologia.

A inovação, marca já consolidada desta reunião, foi uma constante na edição deste ano. Neste contexto destaca-se a realização de casos de intervenção cardiovascular “ao vivo”, a organização de uma mesa conjunta com os Serviços de Neurologia e de Medicina IV subordinada à intervenção percutânea no tratamento do acidente vascular cerebral (AVC) e a realização do primeiro curso de OCT (*optical coherence tomography*) em Portugal.

Temporalmente a reunião dividiu-se em duas partes distintas. A pri-

meira parte, decorreu no dia 2 durante a tarde no Hospital de Santa Cruz (*Cath Lab Day*). Foi constituída pela realização de vários casos de intervenção cardiovascular “ao vivo” realizados na UNICARV e com transmissão para o anfiteatro do hospital. No anfiteatro os casos foram comentados e discutidos em painéis de moderadores nacionais e internacionais, *experts* nas diferentes áreas abordadas



**«A inovação, marca já consolidada desta reunião, foi uma constante na edição deste ano. Destaca-se a realização de casos de intervenção cardiovascular ‘ao vivo’»**

e precedidos por apresentações teóricas correlacionadas com os temas dos casos. Foram efetuados quatro casos, em dois períodos (dois casos em simultâneo). No primeiro período realizou-se um caso de desnervação renal num doente com hipertensão arterial resistente e outro de implantação de válvula aórtica percutânea (VAP) por via transfemoral em doente com estenose aórtica grave, recusado em *Heart Team* para cirurgia convencional. Os dois últimos casos foram um caso de oclusão coronária crónica e outro de implantação de VAP por via transapical pela Cirurgia Cardio-Torácica.

Esta estratégia da realização de casos “ao vivo”, apesar de arriscada e ambiciosa, pelo facto de serem procedimentos complicados efetuados em doentes graves e mais que um em simultâneo, foi um sucesso. O anfiteatro encheu e a participação da plateia, constituída por membros de vários centros, foi muito ativa.

O segundo dia da reunião, de índole mais teórica, decorreu no Hotel Lagoas Park, em Oeiras, sendo constituído por várias mesas subordinadas a temas muito atuais na Cardiologia de intervenção. O dia iniciou-se com uma mesa organizada pelos Serviços de Neurologia e de Medicina Interna IV, na qual foi discutido o “estado da arte” e o papel da Cardiologia de Intervenção no tratamento do doente com AVC isquémico. Apesar de ser uma área ainda controversa e com evidência na prática clínica escassa e pouco consistente, é uma área em crescimento, na qual a capacidade técnica do cardiologista de intervenção será sem dúvida fundamental. Nesta sessão foram apresentados os resultados dos primeiros doentes submetidos a intervenção percutânea no



AVC agudo no Serviço de Cardiologia do CHVNG, serviço pioneiro desta intervenção em Portugal.

Um dos pontos altos da reunião foi sem dúvida a participação do investigador Professor Patrick Serruys (Roterdão, Holanda). Trata-se muito provavelmente do cardiologista de intervenção de maior renome na atualidade, em parte pelos inúmeros estudos que protagonizou com impacto na prática clínica e que mudaram o paradigma da intervenção cardiovascular. Realizou uma conferência subordinada à intervenção coronária com *stents* reabsorvíveis, estratégia que muito possivelmente constituirá o futuro da intervenção coronária e na qual a UNICARV está envolvida pela participação no estudo ABSORB.

Outro dos pontos mais atrativos da reunião e que motivou a inscrição de dezenas de participantes foi a realização do curso de OCT. Foi um curso teórico com a participação de cardiologistas de renome e pioneiros nesta área, nomeadamente do Professor Hector Garcia-Garcia, que, por videoconferência desde Roterdão, fez uma revisão sobre a aplicação da OCT. A OCT constitui uma técnica imagiológica invasiva, em crescimento e progressivamente mais adoptada, inclusive no nosso laboratório, permitindo a optimização da intervenção coronária.

A 2VRT está a assumir um papel ímpar no âmbito das reuniões de Cardiologia em Portugal. É uma reunião reconhecidamente caracterizada pela originalidade, pela elevada qualidade científica e pela inovação. Com o sucesso da edição deste ano, a fasquia qualitativa da reunião está muito elevada. No entanto, apesar de difícil, pensamos que com o esforço, o apoio e a participação de todos, será possível manter este nível nas próximas edições. Tudo isto é o reflexo da qualidade do Serviço de Cardiologia do nosso centro hospitalar, que como sempre, continua no topo do panorama da Cardiologia nacional.

**DR. HÉLDER DORES**  
Comissão Organizadora do 2VRT 2013  
UNICARV, Serviço de Cardiologia

Diretor do Serviço:  
**DR. MIGUEL MENDES**

Coordenador da UNICARV:  
**DR. MANUEL ALMEIDA**



## Comissão de Gestão do Risco

# Um Dia com... a Segurança do Doente

A Comissão de Gestão do Risco promoveu, no passado dia 11 de Maio, um encontro destinado a debater o tema “a segurança do doente”. O encontro decorreu no auditório da Ordem dos Médicos e a multidisciplinaridade dos palestrantes, associada à pertinência dos assuntos debatidos, tornou a discussão ativa e permitiu a partilha de experiências entre as diferentes instituições representadas.

A abertura da sessão foi realizada pela Dra. Maria João Pais, que realçou a importância e atualidade do tema, bem como da realização de sessões deste tipo, pela possibilidade de partilha de experiências e troca de informação entre profissionais de saúde de várias áreas e instituições.

A primeira mesa foi moderada pela Dra. Isabel Madruga e pela Enf<sup>a</sup>. Rita Reis e contou com as intervenções das Enfermeiras Isabel Gaspar, Susana Ramos e Maria José Costa Dias, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) - Hospital de Egas Moniz (HEM), do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) e do Hospital da Luz, respetivamente. Consistiu numa partilha de experiência de três instituições sobre quedas em ambiente hospitalar. Foi muito interessante ter contacto com a realidade de outros hospitais e verificar que a preocupação na adoção de medidas preventivas de quedas é comum. Este tipo de evento é o mais reportado no CHLO. A avaliação do risco de queda constitui um aspeto fundamental para a sua prevenção.

Seguiu-se uma mesa dedicada à ‘Infecção nosocomial: até onde a podemos reduzir’, moderada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Marques e pelo Dr. Kamal Mansinho. A infecção associada aos cuidados de saúde é um problema major para a segurança do doente e considerada um evento adverso. A Dra. Joana Mapril, Intensivista e membro da Comissão de Controlo de Infecção (CCI), apresentou uma aplicação informática criada e implementada no Hospital da Luz, que permite avaliar o risco e aplicar medidas de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde.

No momento em que o médico avalia o doente preenche um questionário rápido, que avalia o risco de desenvolvimento de infeção nosocomial e que, automaticamente sugere as medidas preventivas que devem ser adotadas, como sejam, medidas de rastreio e isolamento, entre outras. O preenchimento deste questionário é facultativo e, dada a baixa adesão ao seu preenchimento, uma das medidas de melhoria propostas foi torná-lo obrigatório. A apresentação da Dra. Luísa Gonçalves, Patologista Clínica, membro da CCI, levou-nos por ‘15 anos de controlo de infeção por *Staphylococcus aureus* meticilina-resistentes no hospital SAMS, longe do princípio, longe do fim!’. Ficou bem claro que a implementação de medidas preventivas leva, de facto, a uma redução do número de infeções associadas aos cuidados de saúde. A Dra. Filomena Martins, Patologista Clínica e Coordenadora da CCI do CHLO, reforçou a importância da vigilância epidemiológica como componente fundamental na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente a redução da incidência da infeção nosocomial da corrente sanguínea por cateter venoso central, ao se adotar um conjunto de medidas baseadas na evidência.

O Prof. Doutor Paulo Sousa foi o preletor da primeira conferência, intitulada ‘Segurança do doente e governação clínica, uma moda? Ou uma tendência?’. Foram abordados temas como a melhoria contínua dos cuidados prestados como imperativo nacional. As instituições prestadoras de cuidados de saúde são entidades cada vez mais complexas que detêm especificidades próprias, sendo uma das suas

principais missões prosseguir objetivos que visem uma melhoria ao nível da qualidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados prestados. No entanto, os hospitais enfrentam crescentes forças de mudança, incluindo o impacto das mudanças populacionais (e.g. envelhecimento, multiculturalidade), os padrões de doença, as oportunidades para utilizar novas intervenções médicas associadas a novos conhecimentos e tecnologias e as expectativas públicas e políticas. A governação clínica foi concebida como um processo *bottom-up* de desenvolvimento local, ambicionando inspirar e entusiasmar os profissionais de saúde e fomentando parcerias ativas com os doentes. Os modelos de governação clínica têm como objetivo garantir que o doente e as suas necessidades são colocados no centro da prestação de cuidados, a instituição é assim responsável pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões na prestação de cuidados, através da organização dos processos de acordo com as melhores práticas. E, respondendo à questão inicial, conclui-se que, de facto, a segurança do doente e a governação clínica são mais do que uma moda, constituindo realmente, uma tendência.

A terceira sessão do dia teve como tema a ‘Segurança no Circuito do Medicamento’, sendo os moderadores da mesa o Dr. Luís Campos e a Dra. Fátima Falcão. Contou com a excelente exposição da Dra. Maria João Lage, Pediatra na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Gestora do Risco do Hospital D. Estefânia, CHLC, que incluiu a apresentação de eventos ocorridos, respetiva análise e medidas implementadas.





Foi também apresentada a casuística dos eventos reportados no CHLC. No CHLC a Comissão de Gestão do Risco conta com a colaboração de elementos dinamizadores pertencentes aos vários serviços clínicos, o que justifica em larga medida o número elevado de eventos reportados. A Dra. Tânia Laranjeira, Farmacêutica no Hospital de Santa Cruz (HSC)-CHLO apresentou o programa de farmacovigilância activa implementado aquando da substituição do micofenolato de mofetil de marca pelo genérico. No contexto da substituição de um medicamento immunossupressor inovador pelo genérico, a implementação de mecanismos de deteção de reações adversas reveste-se de particular importância, com o objetivo último de maximizar o benefício e minimizar o risco, promovendo uma utilização mais segura dos medicamentos. Com o início da utilização de immunossuppressores genéricos no CHLO, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) implementou um duplo programa de farmacovigilância activa, sediado nos Serviços Farmacêuticos e na Unidade de Transplantação Renal com a finalidade de identificar e quantificar as reações adversas medicamentosas (RAMs) associadas à utilização de micofenolato de mofetil genérico. Foram incluídos no programa 154 doentes, correspondendo a maioria das suspeitas de RAMs identificadas ao perfil de RAMs associadas ao micofenolato de mofetil e documentadas no resumo de características do medicamento. A monitorização das suspeitas de reação adversa associadas à utilização do micofenolato de mofetil em transplantados renais, através do programa de farmacovigilância activa implementado, permitiu a promoção de uma utilização mais segura deste immunossupressor. Na última apresentação desta mesa foi reforçada a importância da identificação

dos erros potenciais, que podem ocorrer no circuito de utilização do medicamento, desde a sua seleção, prescrição, validação, dispensa e administração e que permitem identificar fragilidades no sistema e reforçam a necessidade de existência de verificações múltiplas no circuito de utilização de fármacos.

O Dr. Carlos Neves, Diretor do Serviço de Cirurgia Geral I do CHLO e Coordenador da Comissão de Vigilância e Prevenção do Tromboembolismo Venoso do CHLO apresentou algumas das medidas desenvolvidas por esta Comissão, nomeadamente a disponibilização de uma ferramenta que permite, *on-line*, avaliar o risco tromboembólico do doente. A preleção incluiu a apresentação de dois casos clínicos, em que foi solicitada a colaboração da assistência, quer na avaliação do risco tromboembólico quer na seleção da terapêutica a instituir. Ficou bem claro que a profilaxia é um fator crítico, uma vez que a TEP é considerada a maior causa de morte hospitalar evitável.

A segunda conferência do dia ficou a cargo do Dr. Pedro Marques da Silva, especialista em Medicina Interna e Farmacologista Clínico no Hospital de Santa Marta, CHLC, que fez uma apresentação sobre “O que há de novo em anticoagulação: foco na segurança do doente?”. Nesta apresentação foi feita uma comparação entre os novos anticoagulantes orais disponíveis no mercado, nomeadamente, apixabano, dabigatrano e rivaroxabano. Focou as suas vantagens e também algumas limitações, nomeadamente a inexistência de antídoto para reverter o seu efeito.

Por último, contámos com as ‘Intervenções ‘Pró’ e ‘Contra’ na Utilização de *Guidelines* em Cuidados Intensivos’, respetivamente do Dr. João Gonçalves Pereira, Internista e Intensivista no Hospital de Vila Franca de Xira e do Prof. Doutor Pedro Póvoa, professor

na Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa e Coordenador da UCI Polivalente do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) - CHLO. Como ponto-chave referiu-se que as normas de orientação não têm a intenção de servir como padrão inflexível de abordagem do doente e que, por outro lado, há que ter em atenção a evidência que suporta as suas recomendações.

O encerramento da sessão ficou a cargo da Dra. Conceição Furstenau, Coordenadora da Comissão de Gestão do Risco do CHLO, que reforçou que a Segurança do Doente, componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu grande relevância nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados que recebem, como para os gestores e profissionais de saúde que querem prestar cuidados seguros, eficientes e com base na melhor evidência possível. Referiu, também, que conseguir inovar e melhorar no contexto das atuais restrições na saúde é uma tarefa exigente e difícil e que os cortes orçamentais levam, por múltiplas razões, a tolerância dos profissionais de saúde, também cidadãos, ao limite. Mas, justamente por estas razões é agora mais urgente que nunca comprometermos com a segurança dos doentes.

A segurança dos cuidados de saúde é, inevitavelmente, uma preocupação para qualquer instituição que pretenda oferecer serviços de qualidade. Pela multidisciplinaridade dos temas, participação da audiência e qualidade das sessões, ficou claro que melhorar a segurança do doente constitui uma prioridade para todos os profissionais e, que, neste campo o CHLO se encontra visivelmente mobilizado.

**DRA. ERICA VIEGAS**

Membro da Comissão de Gestão do Risco  
Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos do  
Hospital de São Francisco Xavier

# Prevalência da Infecção Nosocomial no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

**A** pesar do progresso vivenciado nos últimos anos em matéria de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, a infecção nosocomial ou hospitalar mantém-se como um dos eventos adversos mais preocupantes, na medida em que as consequências advindas são nefastas para a pessoa doente, para a instituição e, no limite, para a sociedade.

De acordo com o último *Estudo de Prevalência de Infecção e Uso de Antimicrobianos nos Hospitais de Agudos na Europa*, Portugal apresentou uma prevalência de infecção de 10.8%, significando que cerca de 11 doentes em 100 apresentavam, pelo menos, uma infecção. Esta taxa, que quase duplica a média europeia (6% segundo o mesmo estudo), exige-nos um agir urgente que promova a segurança do doente. Quanto ao uso de antimicrobianos, a taxa em Portugal situou-se nos 46.4% face aos 33% observados na Europa.

A prevenção e o controlo da infecção requerem uma abordagem multiprofissional, concertadas em múltiplas abordagens, integradas nos objectivos da Instituição, cujo foco principal de atenção recairá na diminuição da taxa de infecção. Uma das estratégias utilizadas neste Centro Hospitalar é a divulgação de resultados da Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial, tanto aos serviços, de *per se*, como ao colectivo hospitalar, em reuniões alargadas.

Esta iniciativa apoiada pelo Conselho de Administração, foi dirigida a todos os profissionais do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), contando com a presença de palestrantes externos e internos. No Hospital de Egas Moniz, a Senhora Dra. Elaine Pina, da Direcção-Geral da Saúde, destacou a importância da “Vigilância Epidemiológica na segurança do doente”; no Hospital de São Francisco Xavier, o Professor Dr. Paulo Boto, da Escola Nacional de Saúde Pública e Assessor de Sua Excelência o Ministro da Saúde fez a



**Dra. Elaine Pina**



**Enfª Fernanda Rosa, Dra. Maria João Pais, Dra. Filomena Martins**  
(da esquerda para a direita)



**Prof. Doutor Paulo Boto**



conferência de abertura subordinada ao tema “O impacto da infecção associada aos cuidados de saúde”. Nos três hospitais, o Serviço de Saúde Ocupacional apresentou o tema “Acidentes com exposição ao sangue: medidas preventivas e profiláticas”. A carga dos palestrantes internos ficou a apresentação dos resultados da infecção nosocomial, numa perspectiva global e, em particular, da corrente sanguínea, da pneumonia associada a ventilador, do local cirúrgico e da urinária, bem como os dados do Estudo de Prevalência de Infecção e Uso de Antimicrobianos relativos a cada hospital, realizado em 2012, segundo o protocolo do *European Center for Disease Prevention and Control*.

A evidência sugere que programas activos de vigilância são um elemento fundamental na prevenção e controlo da infecção nosocomial desde que os seus resultados sejam partilhados, discutidos e apropriados pelos profissionais, nos diferentes níveis de participação institucional. Neste pressuposto, a Comissão de Controlo da Infecção congratula-se por, mais um ano, ter levado a cabo esta iniciativa e não quer perder a oportunidade de agradecer a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a sua realização.

**DRA. FILOMENA MARTINS**  
**ENFª. CLARA CARVALHO**  
**ENFª. FRANCELLINA REBELO**  
**ENFª. MARGARIDA MIMOSO**

## Lançamento do Livro “Protocolos em Medicina Interna”



Aconteceu no passado dia 16/01, o lançamento do livro “Protocolos em Medicina” coordenado pelo Dr. Luis Campos, Diretor do Serviço de Medicina do Hospital de São Francisco Xavier integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

Estes protocolos são o resultado do trabalho de uma equipa multidisciplinar do Serviço de Medicina IV do CHLO, que através da sua compilação

ficam agora disponíveis a estudantes e internos, assim como a todos os profissionais de saúde que trabalhem na especialidade de Medicina Interna.

Trata-se de uma ferramenta de consulta fácil e rápida, com informação atual, essencial, relevante e fidedigna, que pretende ser um auxiliar do médico no momento da tomada de decisão, ou seja, quando está perante os doentes, particularmente na enfermaria. Constitui ainda uma base de apoio para outros profissionais de saúde. O seu objetivo último é contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna.



## Iniciativa do Serviço de Gestão de Doentes

O Serviço de Gestão de Doentes (SGD) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) é um dos serviços centrais com maior número de colaboradores distribuídos pelos Secretariados Clínicos da Urgência, SO, Consulta Externa, Internamento, Blocos Operatórios, H. Dia, alguns MCDTs e serviços de apoio ao Hospital: GDHs, CTH e outros.

Atravessa pois uma panóplia de situações que naturalmente foi profundamente afetado pela fusão dos Hospitais e alterações da regulamentação que lhe está na base, o que nem sempre permite dada, a pressão do dia-a-dia, o convívio, a melhor comunicação e o conhecimento das muitas pessoas que o compõem. Neste contexto através de uma iniciativa inédita, o SGD reuniu quase uma centena de pessoas num restaurante perto dos três hospitais no p.p. dia 21 de Junho.

A reunião convívio foi uma oportunidade para se conhecerem, partilharem dificuldades e alegrias no trabalho entre pessoas algumas delas que conhecem bem a voz mas não a pessoa...

Esta noite, que ultrapassou todas as expectativas, quer em número de

participantes, quer pelas iniciativas de alguns serviços, quer pelo divertimento explícito, expresso em várias comunicações de retorno nos dias subsequentes, foi complementado com espetáculos de sevilhanas muito participado pelos funcionários do SGD-CHLO.

O SGD do Hospital de Egas Moniz (HEM) presenteou-nos ainda com algumas surpresas que tentaram expressar o dia-a-dia dos elementos que compõem este grupo bem como as situações mais caricatas expostas pelos utentes, que proporcionaram muito boa disposição – até quadras “populares” foram feitas a propósito deste dia.

A todos um agradecimento pela participação, alegria e convívio muito saudável expresso nos vários registos fotográficos que entretanto circularam e que tanto contribui para uma causa comum: a identificação e orgulho na Instituição que servem. Um especial agradecimento ao nosso secretariado que esteve imparável antes, durante e depois deste evento.

**DRA. ISABEL CABRAL**  
Diretora do Serviço de Gestão de Doentes

## Associação “Unidas para Vencer” assinala o Dia Nacional de Luta Contra o Cancro da Mama



A Associação “Unidas para Vencer”, Associação Humanitária de Apoio a Mulheres com Cancro da Mama, criada por profes-

sionais e utentes do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX)/Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, a propósito do Dia Nacional da Prevenção do Cancro de Mama, que se assinala a 30 de outubro, vai realizar várias atividades alusivas ao tema. De 21 de outubro a 1 de novembro, a Associação estará presente na entrada do edifício 2 do HSFX, dando a conhecer a sua atividade e disponibilizando informação sobre o assunto. No decorrer desta iniciativa será solicitado aos utentes/profissionais que coloquem questões/dúvidas sobre o tema “Cancro da Mama”, que serão respondidas numa mesa redonda por profissionais da área (médicos, enfermeiros e nutricionistas), moderada pelo comunicador António Sala, que apadrinha esta associação. Este evento terá lugar no auditório do edifício da FCM/HSFX, no dia 30 de Outubro de 2013, pelas 10h00, e destina-se a utentes e profissionais.

2	0	1	3
S	T	Q	Q
		1	2
6	7	8	9
13	14	15	16
20	21	22	23
27	28	29	30
		31	

## JORNADAS, CONGRESSOS E CURSOS

25 a 26 de Outubro de 2013

### IV CONGRESSO NACIONAL DE VIROLOGIA VIII ENCONTRO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE VIROLOGIA

**Organização:** Sociedade Portuguesa de Virologia

**Local:** Laboratório Nacional de Engenharia Civil, Lisboa

**Informações:**

Telf: 21 415 61 24

www.spv.pt

7 a 9 de Novembro de 2013

### 12ª EDIÇÃO DO FÓRUM NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO

**Organização:** Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho

**Local:** Culturgest, Lisboa

**Informações:**

Telf: 21 793 17 20

Fax: 21 798 65 95

Email: spmt@spmtrabalho.com

16 de Novembro de 2013

### 1ªS JORNADAS DE CIRURGIA E REABILITAÇÃO DO OMBRO

**Organização:** Hospital Beatriz Ângelo

**Local:** Auditório do Hospital Beatriz Ângelo

**Informações:**

Telf.: 219 847 200

www.hbeatrizangelo.pt

15 e 16 de Novembro de 2013

### I ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA "CUIDAR PARA O DESENVOLVIMENTO"

**Organização:** Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Garcia de Orta, Hospital Fernando da Fonseca e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Informações:**

Email: encontroenfneonatologia@gmail.com

## ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Outubro, Novembro e Dezembro

### AMBIENTE, SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO

**Destinatários:** Multiprofissional

### PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

**Destinatários:** Assistentes Operacionais

### GESTÃO DE STRESS E GESTÃO DE CONFLITOS

**Destinatários:** Multiprofissional

### PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

**Destinatários:** Enfermeiros

### SUORTE BÁSICO DE VIDA

**Destinatários:** Enfermeiros/Médicos/Técnicos

### PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

**Destinatários:** Enfermeiros/Médicos/TDT

### EXCEL – FUNCIONALIDADES AVANÇADAS

**Destinatários:** Multiprofissional

### LÍNGUA INGLESA – INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO

**Destinatários:** Multiprofissional

### LIDERANÇA E TRABALHO EM EQUIPA

**Destinatários:** Multiprofissional

### LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS

**Destinatários:** Enfermeiros

### SUORTE IMEDIATO DE VIDA

**Destinatários:** Enfermeiros

### VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

**Destinatários:** Enfermeiros

### ADMINISTRAÇÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS - HEMOVIGILÂNCIA

**Destinatários:** Enfermeiros

### CUIDAR A PESSOA COM FERIDA

**Destinatários:** Enfermeiros

### CUIDAR A PESSOA COM DIABETES

**Destinatários:** Enfermeiros

### LÍNGUA ESPANHOLA – FORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO

**Destinatários:** Multiprofissional

**Mais informações:**

Intranet: Serviços de Apoio – Formação

Núcleo de Formação HEM – 2032

Núcleo de Formação HSC – 3308

Núcleo de Formação HSE – 1028