

U. PORTO



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio – Unidade de Cirurgia Extradigestiva “Internship Report – Extradigestive Surgery Unit”

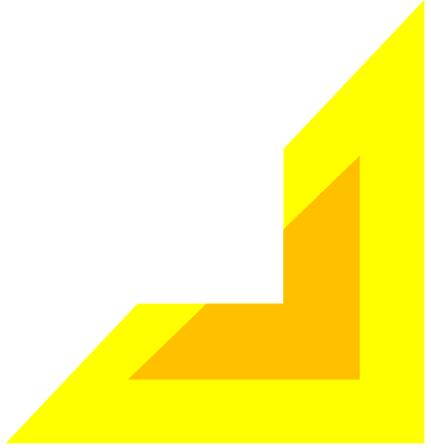
Unidade curricular “Monografia / Relatório de Estágio”
Mestrado Integrado de Medicina Dentária
2022/2023

Tânia Filipa Delgado Ferreira
up201808596

Orientadora: Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Coorientadora: Professora Doutora Sara Filipa Oliveira Durão

Porto 2023



Resumo

No âmbito da Unidade curricular “Monografia/Relatório de Estágio” do 2º semestre do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e devido ao estabelecimento de um protocolo de Estágios com o Centro Hospitalar Universitário do Porto, realizei este relatório com a finalidade descrever e apresentar todas as atividades e conhecimentos que fui adquirindo ao longo do mesmo, na área da Cirurgia Extradigestiva.

A Unidade de Cirurgia Extradigestiva dedica-se especialmente à cirurgia de glândulas endócrinas, tumores benignos e malignos das partes moles, cirurgia das glândulas salivares e cirurgias da parede abdominal. Dentro do serviço, a atividade cirúrgica que vai de encontro à Medicina Dentária prende-se com a excisão de carcinomas extra-orais do lábio, excisão de glândulas salivares e esvaziamentos ganglionares cervicais.

A participação neste estágio, com início dia 06 de fevereiro 2023 e término a 09 de junho de 2023, permitiu-me acompanhar de perto procedimentos cirúrgicos, ter a perceção do que é o ambiente hospitalar e compreender as dinâmicas de uma equipa multidisciplinar, enriquecendo a minha formação médica.

Tive oportunidade de acompanhar os médicos nas visitas aos pacientes, vivenciar as rotinas hospitalares, estar em contacto próximo com os doentes, observar como é que médicos experientes lidam com situações mais sensíveis, relacionar-me com a equipa médico-cirúrgica, assistir a consultas externas e consultas de seguimento e ainda participar ativamente em várias cirurgias de áreas diferenciadas, tendo sido um estágio maioritariamente prático.

Este relatório tem como objetivo relatar e partilhar as vivências e as emoções experienciadas, os conhecimentos e as competências adquiridos, assim como apresentar a motivação e expectativas na participação neste estágio.

Agradecimentos

Primeiramente, agradecer aos meus pais por todo o amor e apoio que me deram durante toda a minha vida e por me proporcionarem todas as experiências e orientações que me tornaram na mulher que sou hoje, estou-lhes muito grata e não podia pedir melhores pessoas para me acompanharem nesta vida.

Ao Dr. Vítor Valente e Dra. Raquel Correia por todas as oportunidades e ensinamentos durante o decorrer deste estágio.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira e coorientadora, Professora Doutora Sara Filipa Oliveira Durão, pelo acompanhamento e disponibilidade, assim como, a todo o pessoal docente e não docente da FMDUP que contribuiu para a minha formação médico-dentária e crescimento profissional.

Aos meus amigos pela entreaajuda e amizade durante estes 5 anos de faculdade, sem vocês não teria sido a mesma coisa e estou muito grata por terem entrado na minha vida.

Aos meus restantes familiares e amigos mais próximos, que já são como família, pelo apoio e pelos momentos passados juntos.

E por último, e não menos importante, queria agradecer à minha querida Avó Bela que apesar de já não estar entre nós, foi uma inspiração e motivação para dar sempre o meu melhor durante todo o meu percurso, querendo fazê-la sempre orgulhosa de mim.

Índice

Resumo	ii
Agradecimentos	iii
Índice de figuras	v
Lista de Abreviaturas	vi
Introdução.....	1
Hospital Santo António	2
Serviço de Cirurgia Extradigestiva.....	2
Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório	2
Contextualização do estágio	3
Discussão	5
Enfermaria	5
Consultas externas.....	6
Bloco operatório	7
Caso clínico: Parotidectomia	10
Caso clínico: Carcinoma de Células Basais na Face	18
Caso clínico: Carcinoma células escamosas orelha e canal auditivo externo.....	22
Comentários	28
Conclusão.....	29
Referências Bibliográficas	30
Anexos.....	31

Índice de figuras

Figura 1- Material utilizado numa parotidectomia (mesa cirúrgica).....	13
Figura 2- Descolamento cirúrgico com bisturi elétrico e pinças	15
Figura 3- Dissecção com pinça de Kelly e bisturi elétrico bipolar	15
Figura 4- Peça cirúrgica.....	16
Figura 5- Nervo facial destacado e preservado	16
Figura 6 - Anestesia local e lesões assinaladas	20
Figura 7- Suturas simples	21
Figura 8 - Carcinoma espinocelular do pavilhão auricular direito e lesão da hélix.....	23
Figura 9 - Colheita do enxerto	25
Figura 11 - Tie-over	26
Figura 10 - Enxerto agrafado	26

Lista de Abreviaturas

CHUP - Centro Hospitalar Universitário do Porto

HSA - Hospital Geral de Santo António

FMDUP – Faculdade Medicina Dentária da Universidade do Porto

CICA - Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

BO – Bloco Operatório

AVD – Atividades da Vida Diárias

IMC – Índice Massa Corporal

MSE – Membro Superior Esquerdo

FRCV – Fatores de risco cardiovasculares

DCI – Doença Cardíaca Isquémica

IBP – Inibidores da Bomba de Protões

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

CEC – Carcinoma Espinocelular

MNI – Mononitrato de Isossorbida

Introdução

Este estágio curricular, realizado no âmbito da Unidade curricular “Monografia/Relatório de Estágio” ocorreu no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) e teve a duração de 5 meses.

A realização deste estágio surgiu na ambição de querer ter novos desafios, aprender mais sobre as dinâmicas hospitalares, interagir com uma equipa multidisciplinar e de aplicar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante os 5 anos de formação académica.

O CHUP, anteriormente denominado apenas por Centro Hospitalar do Porto, foi criado em 2007 por agregação entre o Hospital Geral de Santo António (HSA), o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis. O Hospital Joaquim Urbano e o Instituto de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães completaram-no em 2011 e 2013, respetivamente. O Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) integrou o CHUP em 2016. (1)

Este Centro desenvolve atividades de investigação, formação e ensino, participa na formação de profissionais de saúde, tendo por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo o ensino pré e pós-graduado e a formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e o desenvolvimento científico na área da saúde. (1)

Sob orientação do responsável pelo Serviço de Cirurgia Extradigestiva, o Dr. Vítor Valente, e após uma reunião presencial com o mesmo, começamos por estabelecer o horário das minhas presenças no CHUP, concedendo-me acesso ao que iria acontecer cada dia da semana para poder conciliar com as consultas na clínica da FMDUP.

Escolhi ir alternando entre terças e sextas-feiras de tarde para conseguir participar em diferentes tipos de cirurgias e numa das minhas manhãs livres iria assistir a consultas e realizar visita a pacientes.

O facto da minha atividade de Estágio se realizar em diferentes dias da semana, permitiu participar em diversas cirurgias que, além de se realizarem no bloco operatório do Hospital Santo António, também se realizaram no CICA. Já as visitas aos pacientes eram realizadas apenas no HSA e as consultas externas no Edifício Ex-Cicap do HSA.

Hospital Santo António

O Hospital Santo António (HSA) apresenta vários Serviços e Especialidades, sendo uma delas a área de Cirurgia Extradigestiva. Todos os serviços do HSA incluem Serviço de urgência, serviço de consulta externa, bloco operatório e enfermaria.

Serviço de Cirurgia Extradigestiva

A Unidade de Cirurgia Extradigestiva dedica-se especialmente à cirurgia de glândulas endócrinas, tumores benignos e malignos das partes moles, cirurgia das glândulas salivares e cirurgias da parede abdominal. Dentro do Serviço, a atividade cirúrgica que vai de encontro à Medicina Dentária prende-se com a excisão de carcinomas extra-orais do lábio, excisão de glândulas salivares e esvaziamentos ganglionares cervicais.

Constitui a unidade 2 do Serviço de Cirurgia Geral e localiza-se no 5º andar do Pólo HSA que é constituído por 4 gabinetes, um serviço de secretariado, uma sala de espera e por uma enfermaria partilhada com o Serviço de Cirurgia Maxilo-facial. As consultas externas desta Unidade são realizadas no edifício do ex-Cicap, no piso 2.

O corpo clínico é constituído pelo responsável do Serviço - o Assistente Graduado Sénior de Cirurgia Geral, o Dr. Vítor Valente e pelas Dra. Raquel Correia e Dra. Isabel Novais, Assistentes Graduas de Cirurgia Geral. O restante corpo clínico é constituído pelos Assistentes de Cirurgia Geral, a Dr. Tânia Denise, a Dra. Cláudia Paiva, o Dr. José Miguel Preza Fernandes e a Dra. Catarina Morais.

No decorrer do meu estágio, fui acompanhada maioritariamente pelo Dr. Vítor Valente e pela Dra. Raquel Correia que me orientaram, me deram a conhecer todos os locais onde iríamos trabalhar, fornecendo toda a informação que achavam pertinente e esclareceram todas as minhas dúvidas.

Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

O Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) é totalmente dedicado à cirurgia de ambulatório, tal como o próprio nome indica. É um centro de excelência de alta

produtividade de Cirurgia de Ambulatório, pioneiro em Portugal, que tem como filosofia prestação de cuidados absolutamente centrados no doente e na melhoria contínua da sua qualidade de vida.

A Unidade Cirurgia Geral localiza-se no piso 2 e as cirurgias da área Extradigestiva realizam-se na sala branca. Além dos blocos operatórios, cada piso possui consultórios para as consultas de pré e pós-operatório, salas dedicadas ao recobro pós-operatório, uma receção, uma sala de pré-lavagem e uma sala de material necessário.

Nos dias em que tinha oportunidade de assistir a procedimentos neste local, conseguia ter uma participação mais ativa pois além da equipa cirúrgica base, só estava lá eu, não tendo de dividir tarefas com outro estudante interno, o que por vezes acontecia no HSA.

Contextualização do estágio

Durante a minha formação na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto sempre me foi transmitido que nós, Médicos Dentistas, não tratamos apenas das patologias da cavidade oral, mas sim de pessoas no seu todo e que antes de sermos dentistas, somos primeiro Médicos.

Com base nesta abordagem holística da Medicina Dentária e durante a minha prática clínica, fui percebendo a importância de ter bem cimentados os conhecimentos gerais da medicina pois durante a nossa vida vamos, certamente, tratar de pessoas com múltiplas comorbilidades e temos de ter a capacidade de conseguir avaliar a pessoa como um todo e não separar a cavidade oral do restante organismo.

A saúde oral influencia a saúde e bem-estar geral e uma política que separa a saúde oral da saúde no seu todo acarreta enormes custos para os indivíduos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” e só se pode alcançar este nível de bem-estar se nos sentirmos confiantes e funcionais com o nosso corpo e cada vez mais a nossa saúde oral tem mais impacto na nossa vida, tanto social como pessoal.

Optei com a realização deste estágio com o objetivo de contactar com diversas patologias, reforçando conhecimentos acerca de técnicas e materiais utilizados, melhorar a minha

percepção sobre a importância de uma equipa multidisciplinar e de certos aspetos que durante a nossa prática clínica podemos ir desvalorizando.

Ao estagiar numa área da cirurgia geral, em ambiente hospitalar, proporcionou-se a oportunidade de estabelecer ligações entre a cavidade oral, as estruturas anexas, toda a anatomia humana e as consequências dos diversos procedimentos médicos na vida das pessoas, incluindo na sua saúde oral. Acredito que conseguir visualizar e entrar em contacto com aquilo que apenas nos foi apresentado como conceitos teóricos, nos enriquece o conhecimento adquirindo novas competências e experiências.

Discussão

Enfermaria

Nesta secção tive oportunidade de acompanhar a equipa médica a passar visita aos pacientes internados. Acompanhava a médica especialista, que normalmente era a Dra. Raquel Correia, um enfermeiro e médicos internos que iam ter com cada um dos pacientes e verificavam o seu estado.

Em todos os casos os pacientes eram questionados relativamente aos sintomas e queixas, realizavam auscultação, palpação na zona em redor à ferida operatória, verificava-se o dreno caso houvesse, removiam o penso e analisavam a ferida operatória e davam-se instruções ao enfermeiro sobre medicação, pensos e prescreviam-se exames para reavaliação se fossem necessários. No final respondia-se às questões dos pacientes e em situações de alta dava-se as instruções pós-operatórias, como os cuidados a ter em casa, a medicação a fazer e recomendava-se a troca do penso duas vezes por semana no centro de saúde a que o paciente estava associado e nos casos de ter agrafos ir retirá-los após duas semanas.

No caso em que a cirurgia tivesse sido na zona abdominal, realizava-se auscultação, palpação e percussão abdominal.

Depois da visita em si, os médicos internos registavam todas as informações do diário clínico e tratavam de passar altas, baixas, marcar novas consultas, pedidos de intervenção, exames médicos, análises e escreviam cartas para os médicos de família dos pacientes se fosse necessário (como por exemplo, para pedir um P.1. para a realização de fisioterapia).

Ao final da manhã de segunda-feira, realizava-se uma reunião de grupo com todos os membros da equipa médica onde se discutia todos os casos dessa semana, apresentava-se a evolução clínica, o plano cirúrgico, medicação e decisão acerca do internamento e tratamento dos pacientes.

Com esta experiência consegui estar em maior proximidade com os pacientes, perceber as funções dos médicos internos, a importância de termos uma boa comunicação com os pacientes e de potencializar a relação pessoal entre médico e doente. Foi importante também para perceber as dinâmicas de trabalho dos enfermeiros e a comunicação entre enfermeiros e médicos, permitindo-me também valorizar o trabalho de todos os enfermeiros

e auxiliares pois para haver um serviço de excelência têm todos que fazer de maneira correta o seu trabalho e é muito importante haver um equilíbrio e boa dinâmica entre toda a equipa médica e staff hospitalar.

Consultas externas

Depois das visitas deslocava-me para o edifício ex-Cicap onde assistia a consultas de seguimento, vigilância, pós-operatório e primeiras consultas.

As consultas pós-operatórias são realizadas em 3 fases: após uma semana para mudança de penso e visualização do estado de cicatrização e esclarecimento de dúvidas, 1 mês após cirurgia pois nesta altura já se tinha acesso aos resultados histológicos e após 6 meses para dar alta clínica e dar instruções gerais para a vida futura do paciente, transmitindo sempre ao paciente que se sentisse dor intensa ou tumefação na zona em questão para marcar nova consulta ou dirigir-se à urgência se necessário.

Em todas as consultas, analisava-se o estado de cicatrização da ferida operatória, recorrendo também à palpação, e davam-se as devidas instruções e recomendações.

A consulta externa deste serviço aborda as seguintes patologias:

- Patologia da parede abdominal (hérnias; patologia tumoral)
- Patologia da tiroide e paratiroides
- Patologia da suprarrenal
- Patologia das glândulas salivares
- Patologia do baço
- Patologia maligna da pele (Carcinoma basocelular (CBC); Carcinoma espinocelular (CEC); Melanoma)
- Patologia dos tecidos moles e do retroperitoneu – Sarcomas

Tive acesso e oportunidade de perceber como funcionam os sistemas digitais de gestão de pacientes e consultas do hospital, o protocolo que os médicos têm para o registo de informação das consultas no sistema, tive também a oportunidade de analisar algumas Tomografias Computorizadas (TACs) que os pacientes tinham realizado e fazer o exame

físico a pacientes, recorrendo à palpação. Analisei a textura, verifiquei a forma das cicatrizes e realizei palpação de gânglios e hérnias.

Bloco operatório

Durante o período da tarde, de um modo geral, as cirurgias começavam às 15h e terminavam às 19h. A equipa cirúrgica é sempre constituída por dois cirurgiões, sendo um deles o principal, um médico anestesiologista e três enfermeiros, um enfermeiro-instrumentista, um enfermeiro-anestesiologista e um circulante. Destes enfermeiros apenas o instrumentista é que está em contacto com material esterilizado. Além destes, podem estar a assistir ou auxiliar a cirurgia médicos internos e/ou estudantes.

As cirurgias realizadas pela unidade 2 da Cirurgia Geral que tive oportunidade de assistir e participar foram as seguintes:

Tipo de cirurgia	Número
Tiroidectomia total	8
Hernioplastia inguinal + prótese autoadesiva	4
Alargamento de margens e plastia com enxerto + esvaziamento ganglionar	1
Herniorrafia umbilical	9
Herniorrafia epigástrica	3
Exérese de hidradenite	5
Parotidectomia	1
Exérese de lesão maligna e plastia com enxerto	2
Exérese melanoma + esvaziamento gânglio sentinela	1
Exérese de CBC e plastia com retalho	1
Exérese cisto pilonidal sacrococcígeo	1

Antes de entrar no bloco operatório (BO) em si, é necessário guardar os nossos pertences nos cacifos e vestir a farda fornecida pelo hospital sendo que a única coisa que podemos usar por baixo é a nossa roupa interior. Vestir uma farda fornecida pelo hospital é uma medida importante para garantir a higiene, assepsia, a segurança e o profissionalismo no ambiente hospitalar. É uma forma de contribuir para a segurança e o bem-estar dos pacientes e de promover uma cultura de cuidado e respeito mútuo. Ao nosso dispor temos umas calças, bata, máscara e touca cirúrgicas e ainda umas socas. No final tudo isto é descartável exceto as socas que vão para desinfetar. No CICA, ao contrário do que acontece no HSA, antes de entrarmos para o BO, as calças e bata que nos fornecem são para lavar depois do uso.

Todas as cirurgias iniciam-se com a desinfecção do bloco operatório e preparação do mesmo para receber um novo paciente. O enfermeiro-instrumentista, após lavar bem as mãos, veste a bata e luvas cirúrgicas e começa a organizar o material que vai ser usado no procedimento cirúrgico no tabuleiro. Cada tipo de cirurgia tem uma lista definida com tudo o que é necessário ter à disposição no bloco para a realização daquele procedimento, que é revista e atualizada todos os anos. A listagem dos kits do BO mais usada é a mesma para cirurgias da cabeça/pescoço, comando, tiroide, paratiroide e parótida, tendo também a data de elaboração dessa listagem, data da última atualização, método de esterilização dos materiais, algumas observações e imagens dos instrumentos.

Entretanto chega o paciente ao bloco e é iniciado o processo de anestesia. Nesta fase o médico-anestésista verifica com o paciente alguns dados sobre a sua medicação e problemas de saúde assim como o seu peso e idade e começa-lhe a administrar os fármacos necessários com o auxílio do enfermeiro-anestésista.

Enquanto o processo de anestesia está a ocorrer, os médicos cirurgiões apresentam-se ao paciente e vão analisar a lesão e local de intervenção para depois iniciarem o seu processo de lavagem e antissepsia na zona de desinfecção que tem o protocolo de lavagem pré-cirúrgica das mãos afixado na parede. Lavam as mãos até aos cotovelos com solução aquosa com clorexidina a 4% e sem tocar em nada vestem o conjunto cirúrgico com o auxílio do enfermeiro-instrumentista e do enfermeiro-circulante. Depois de estarem devidamente equipados começam a desinfetar a área do corpo do paciente que vai ser intervencionado com uma esponja embebida numa solução antisséptica de iodopovidona, de forma a reduzir o risco de infeção da ferida cirúrgica, e em seguida colocam os campos cirúrgicos para destacar o campo operatório e garantir a assepsia de todo o local.

Começa-se a cirurgia em si e todos os presentes cumprem a sua função, sempre seguindo as regras e protocolos estabelecidos. Durante todo o procedimento, era realizada a monitorização dos sinais vitais, da oxigenação, ventilação, circulação e temperatura por parte do médico-anestesiologista. Após terminar a cirurgia, a enfermeira faz o penso por cima da ferida operatória, podendo um dos cirurgiões ficar a ajudar no processo e depois é iniciado o processo de acordar o paciente e levá-lo para a sala de recobro. Após isto, o bloco operatório é limpo e preparado para receber um novo paciente, enquanto os cirurgiões despem o conjunto cirúrgico e aproveitam o tempo entre cirurgias para escrever o Relato Cirúrgico, registando todas as informações operatórias pertinentes sobre o que aconteceu durante o procedimento.

Com esta experiência consegui ganhar consciência das etapas cirúrgicas, da importância de cada uma e analisar com detalhe o comportamento de cada elemento da equipa cirúrgica. Ao assistir diferentes tipos de cirurgias, obrigou-me a rever as condições de assepsia, cuidados de lavagem de mãos, técnica de sutura e incisão cirúrgica, a anatomia e referências anatómicas de várias áreas do corpo humano, a importância de respeitar as áreas esterilizadas, os diferentes instrumentos e dispositivos utilizados e sua função.

Também me foi possível presenciar o processo de indução de anestesia geral, assim como, o que acontece quando o paciente está a acordar da mesma, observando as decisões clínicas da equipa médica, sua metodologia e diversas situações que podem acontecer pois todos os pacientes e seus organismos são diferentes.

Como futura médica dentista, foi bastante enriquecedor voltar a estudar e relembrar certos aspetos do âmbito cirúrgico importantes para realizar qualquer tipo de cirurgia oral ou biópsia, além de que pode haver oportunidade, no futuro, de realizar procedimentos sob anestesia geral/sedação profunda, em casos de reabilitações extensas ou no tratamento de pacientes com alguma deficiência onde a colaboração é limitada, e participação de cirurgias na área de Maxilo-facial. Já tinha tido contacto com a maior parte das situações a que fiquei sujeita no BO, mas apenas na vertente teórica que foram transmitidas em algumas unidades curriculares ao longo dos 5 anos de formação, e ter tido contacto com a vertente prática, orientada por médicos sábios e experientes que me corrigiam e esclareciam todas as dúvidas, foi muito construtivo.

Caso clínico: Parotidectomia

Identificação

Paciente: LCCVP

Idade: 54 anos

Género: Feminino

Autónoma para Atividades da Vida Diárias (AVD's)

Etnia: Caucasiana

Profissão: Professora/revisora de textos

Religião: Não refere

Dados antropométricos

Peso: 101kg | Altura: 170cm | IMC: 34.95kg/m²

Antecedentes pessoais

- Obesidade – fez bypass gástrico em 2011
- Fumadora
- Hipotireoidismo
- Beta-talassemia (com necessidade esporádica de suplementação de ferro e vitamina b12), um grupo de doenças hereditárias do sangue
- Enfisema pulmonar – aguarda prova de função respiratória
- Hipertensão arterial
- Cirurgia por síndrome do túnel cárpico do MSE em 2012
- Cirurgia ao pé direito após queda em 2005

Medicação habitual

- Preterax 5/1.25mg - inibidor da enzima de conversão da angiotensina utilizado no tratamento de hipertensão arterial
- Lercanidipina 20mg - anti-hipertensivo bloqueador dos canais de cálcio
- Elontról 150mg – utilizado principalmente para o tratamento da depressão e do tabagismo, mas também para a perda de peso
- Vallium 10mg em SOS – benzodiazepina

A última toma da medicação foi no dia do procedimento cirúrgico às 8h da manhã.

Sem alergias medicamentosas conhecidas.

História da doença atual

A paciente foi referenciada pela consulta de ORL por neoformação na glândula salivar parótida esquerda com mais de um ano de evolução, de agravamento progressivo, mas indolor.

Exames complementares de diagnóstico

A paciente fez todos os exames fora do hospital, estando apenas à nossa disposição os relatórios da RMN cervical, onde se destacou uma massa de 2.5cm intraparotídea, sem outras lesões cervicais superiores, e a biópsia aspirativa com citologia, que é um procedimento minimamente invasivo que envolve a remoção de uma pequena quantidade de tecido ou células da glândula parótida para análise laboratorial, sendo a técnica mais recomendada para analisar tumores pré-operatórios das glândulas parótida e submandibular. (4)

Diagnóstico

Pelos exames realizados e pelo resultado da biópsia aspirativa com citologia foi assumido um quadro de Tumor de Warthin e proposta para parotidectomia suprafacial esquerda, cujos objetivos, riscos e morbidade peri e pós-operatória a doente compreendeu e aceitou.

Um tumor de Warthin, também conhecido como cistadenoma papilar linfomatoso, é um tipo de tumor benigno que geralmente se desenvolve nas glândulas salivares parótidas. Este tipo de tumor é mais comum em homens do que em mulheres e geralmente é encontrado em pessoas com mais de 50 anos. Embora a causa exata seja desconhecida, há estudos que defendem que pode estar relacionada com o uso do tabaco. (3) Aparece como uma massa palpável indolor, geralmente encontrada na parte superior da glândula. É composto por células epiteliais e células linfoides, o que o torna diferente dos tumores salivares mais comuns. A maioria dos tumores de Warthin são benignos e não se espalham para outras áreas do corpo. No entanto, em casos raros, eles podem se tornar malignos e, portanto, a remoção cirúrgica é geralmente recomendada. A maioria das cirurgias para tumores de Warthin envolve a remoção do tumor e parte da glândula parótida afetada, tendo um bom prognóstico e uma alta taxa de cura após a cirurgia. (6)

Tratamento

O tratamento consistiu na excisão suprafacial da glândula parótida esquerda, utilizando a abordagem aberta.

Após a desinfecção e limpeza do bloco operatório e com a chegada da paciente, a enfermeira instrumentista preparou a mesa dos instrumentos, materiais e equipamentos cirúrgicos necessários. Para esta cirurgia estavam dispostos um total de 65 instrumentos, como poderemos ver na figura 1, sendo estes:

- 2 Ganchos de pele (+/- 17cm)
- 2 Afastadores Farabeuf médios
- 2 Afastadores Farabeuf pequenos
- 2 Afastadores garras (Senn-Miller)
- Cabo de bisturi nº3 pequeno
- Cabo de bisturi nº4 pequeno
- 2 Pinças de Adson com dente (+/- 12cm)
- 2 Pinças com dente de rato (+/- 14cm)
- Pinça disseção simples pequena (+/- 16cm)
- Pinça disseção simples média (+/- 18cm)
- Pinça de coagulação (+/- 18cm)

- 2 Pinças Debaquey (+/- 16cm e +/- 18cm)
- 6 Pinças hemostáticas Schindt (+/- 21cm)
- 2 Pinça hemostática Kelly (+/- 18cm)
- 2 Pinça hemostática Kelly delicada (+/- 19cm)
- 6 Pinças hemostáticas Still (Crile) (+/- 15cm)
- 4 Pinças finoquetes curvas (+/- 12,5cm)
- 2 Pinças finoquetes retas (+/- 12,5cm)
- Pinça de preensão Babcock (+/- 16cm)
- Pinça de preensão Babcock (+/- 20cm)
- 4 Pinças de preensão Allis (+/- 16cm)
- Pinça cística (Mixer) (+/- 20cm)
- Tesoura disseção espatulada (+/- 15cm)
- Tesoura disseção delicada média (+/- 18cm)
- Tesoura fios delicada (reta) (+/- 18cm)
- Porta agulhas delicado (+/- 13cm)
- 2 Porta agulhas médio (+/- 16cm e +/- 18cm)
- 2 Pinças de roupa (+/- 15cm)
- 2 Pinças desinfecção longa (+/- 25cm)
- 3 Cápsulas (+/- 13cm e +/- 10cm)
- Cânula de aspiração com diâmetro 3,5
- Tubo de aspiração fino
- 2 Punhos foco



Figura 1- Material utilizado numa parotidectomia (mesa cirúrgica)

Adicionalmente foi utilizado Bisturi elétrico cirúrgico monopolar, Bisturi elétrico bipolar, Dreno aspirativo 10F, Soro fisiológico em seringa, Compressas, Fio multifilamentar Vycril® 3/0 e Fio multifilamentar Monocryl® 3/0.

Enquanto decorria a preparação do material por parte do enfermeiro-instrumentista, o médico anestesista verificava os dados antropométricos com a paciente, verificando que se tratava de uma paciente ASA 3 e dava instruções ao enfermeiro-anestesista para iniciar o processo de anestesia geral/balanceada. Foram administrados ketamina e propofol para indução e manutenção de anestesia geral, fentanilo e lidocaína como analgésicos e o relaxante muscular brometo de rocurônio, para facilitar a intubação endotraqueal e facilitar a ventilação mecânica.

O dispositivo da via aérea utilizado foi um tubo oro-traqueal simples, de calibre 7, e a técnica de intubação foi laringoscopia de Macintosh (é um tipo de laringoscopia indireta que usa um laringoscópio com uma curva na lâmina para examinar a laringe e as cordas vocais e para realizar intubação endotraqueal). (5) O cateter venoso periférico foi colocado no dorso da mão esquerda e tinha calibre 18.

Começou-se por realizar uma incisão pré-auricular de Blair prolongada para a região submandibular (após desinfecção dessa área com iodopovidona) com o bisturi elétrico. Procedeu-se ao descolamento de retalhos com sacrifício do nervo grande auricular (figura 2).

Os limites da glândula parótida são o arco zigomático a nível superior, o meato acústico externo e ramo da mandíbula a nível pósterio-superior, o processo mastoide e porção distal da cabeça mastóidea do músculo esternocleidomastóideo a nível pósterio-inferior, o músculo esternocleidomastóideo a nível inferior e o músculo masséter a nível anterior. (2)

Numa parotidectomia suprafacial é realizado uma excisão da parte externa da glândula parótida, que é a camada de tecido entre a pele e a cápsula da glândula e removido o tumor juntamente com a camada externa da glândula, preservando a função da glândula.

Realizou-se então o descolamento do lobo suprafacial sob visualização das ramificações do nervo facial (temporal, zigomático, bucal, marginal da mandíbula e cervical). O cirurgião auxiliar utiliza uma pinça de disseção para penetrar na fáscia que reveste a glândula e o tumor e cria o espaço para que o cirurgião principal, utilizando o bisturi elétrico, tanto o

monopolar como o bipolar (dependendo dos casos), que disseca e cauteriza simultaneamente, disseque a peça cirúrgica (figura 3).

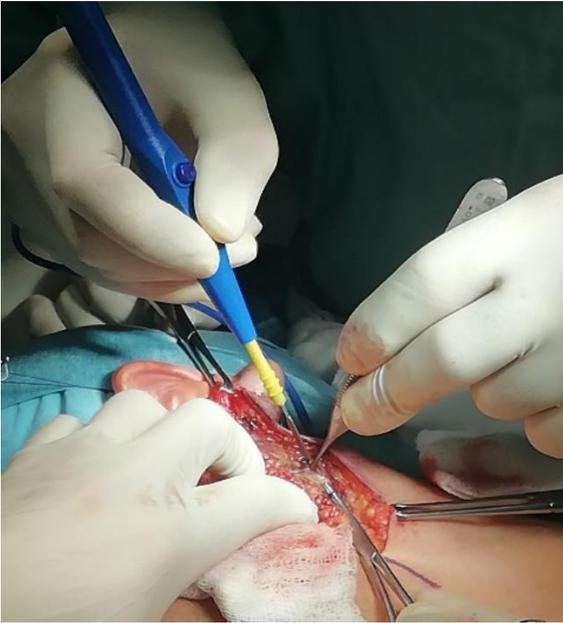


Figura 2- Descolamento cirúrgico com bisturi elétrico e pinças



Figura 3- Disseção com pinça de Kelly e bisturi elétrico bipolar

Neste procedimento, um dos principais objetivos é remover o tumor com margens de segurança, preservando a função da glândula. É importante que o cirurgião tenha uma boa visualização do campo cirúrgico e seja capaz de identificar e preservar as estruturas nervosas e vasculares importantes anexas, como o nervo facial (figura 5) e a artéria carótida externa, para minimizar o risco de lesões nervosas e suas complicações associadas. (7)

Os procedimentos na glândula parótida são desafiadores porque o nervo facial emerge no forame estilomastóideo, entra na glândula e ramifica-se dentro da parótida, definindo o lobo superficial e o lobo profundo. Com isto, antes de se realizar a cirurgia é importante sabermos a extensão da lesão, o estado do nervo facial e o seu envolvimento com o tumor. (8)

Durante uma parotidectomia, a lesão do nervo facial pode levar a uma variedade de complicações e sintomas, dependendo da extensão e da localização da lesão. Pode dar origem a paralisia facial, disfunção da glândula lacrimal, alterações do paladar e dor, desconforto ou sensação de formigamento na face. O tratamento pode incluir fisioterapia facial, medicação para controlar a dor ou a inflamação, e cirurgia de reconstrução facial em casos graves. (9)



Figura 5- Nervo facial destacado e preservado



Figura 4- Peça cirúrgica

Aquando da excisão da peça cirúrgica (figura 4), foi necessário a realização de laqueações vasculares e do canal de Stensen junto ao bordo anterior do músculo masséter com fio Vycril® 3/0 para permitir o equilíbrio hemostático.

Colocou-se um dreno aspirativo após remoção da peça cirúrgica e procedeu-se à aproximação da fáscia de Scarpa e platisma e à sutura da ferida operatória pela técnica intradérmica, de forma a se obter uma cicatrização mais esteticamente agradável. Toda a amostra removida foi colocada em formol para ser inspecionada pelo serviço de patologia laboratorial e posterior análise anatomopatológica.

Durante a cirurgia foram administrados fármacos corticosteroide, antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos como dexametasona, cefazolina, paracetamol, cetorolac e tramadol. Foi também administrado meia hora antes do fim da cirurgia ondansetrom para controlar as náuseas e vômitos resultantes da anestesia e aquando da sutura foi administrado sugamadex que é agente de reversão do bloqueio neuromuscular produzido pelo brometo de rocurônio.

No final da cirurgia, fica a cargo da enfermeira-instrumentista fazer um penso adequado, mas estando sempre disponível a ajuda dos cirurgiões.

O fim da anestesia e saída do doente da sala deu-se apenas 7min após o fim da cirurgia.

Pós-operatório

- Antibioterapia profilática de infecção do local cirúrgico
- Profilaxia de gastropatia erosiva com IBP
- Analgesia
- Fluídoterapia
- Medicação domiciliária após alta médica
- Cuidados de penso após alta médica
- Restantes cuidados de suporte médico peri-operatórios

Evolução

No dia seguinte ao do procedimento, a paciente foi avaliada e apresentou uma evolução clínica favorável e sem complicações da ferida operatória. Foi então estabelecido que já poderia ir para casa nesse dia. À data da alta apresentava-se assintomática, apirética e hemodinamicamente estável, com trânsito gastrointestinal e diurese mantidas. Estava também a tolerar dieta, o levante e sem queixas algicas.

A paciente foi encaminhada para cuidados de penso em dias alternados no centro de saúde da área de residência. Foram enviadas instruções escritas com pedido de remoção do material de sutura ao 12º dia pós-operatório, conforme cicatrização. Foi prescrita analgesia com paracetamol 1000mg 1 cp de 8/8h, enquanto sentir dor e se esta persistir, associação de ibuprofeno 400mg, 1 cp de 8/8h, após pequena refeição. Foi recomendado dieta normal e explicados sinais de alarme que devem motivar avaliação médica urgente. A doente foi direcionada para consulta externa posterior.

Caso clínico: Carcinoma de Células Basais na Face

Identificação

Paciente: F.S.F

Idade: 72 anos

Género: Masculino

Autónomo para AVD's

Etnia: Caucasiana

Profissão: Reformado

Religião: Não refere

Antecedentes pessoais

- FRCV: Hipertensão Arterial, Ex-fumador, História familiar de DCI
- Cardiopatia isquémica
- Fibrilação Atrial paroxística
- Lesão cerebral – sugestivo de subependimoma
- Gastrite crónica
- Tumor folicular da tiroide
- Quisto epidídimo direito
- Insuficiência venosa periférica
- Hipoacusia
- Disfunção vestibular direita
- Quistos hepáticos

Medicação habitual

- Edoxabano 60mg - anticoagulante e inibidor direto do fator Xa
- Lisinopril 10mg - inibidor da enzima de conversão da angiotensina, para tratamento da HTA

- MNI 60mg – para aumentar o fluxo coronário e redução pré-carga
- Atorvastatina 40mg - para o tratamento de hipercolesterolemia
- Pantoprazol 20mg – para reduzir a acidez estomacal e os sintomas da gastrite
- Levotiroxina 0.1mg - reposição hormonal devido ao déficit de produção de tiroxina

Sem alergias medicamentosas conhecidas.

Suspendeu a toma de Edoxabano 60mg 2 dias antes da cirurgia.

História Doença Atual

Paciente apareceu numa consulta com 2 lesões cutâneas suspeitas de malignidade na zona da glabella e frontal, que têm crescido ao longo do tempo.

Diagnóstico

Pelo aspeto da lesão seria um carcinoma basocelular, que é o tipo mais comum de cancro da pele. Foi recomendado cirurgia para remover as lesões pois estas invadem e destroem lentamente os tecidos circundantes. Quando crescem próximos dos olhos, como é o caso, as consequências da invasão podem ser sérias e fatais. (10)

Tratamento

O tratamento passou por uma cirurgia de ambulatório em que se realizou a exérese alargada das 2 lesões e plastia cutânea com retalho de rotação e transposição tipo Mustardé. Nesta técnica, um retalho de pele saudável é movido de uma área próxima e transposto para a área afetada. Isso permite que a pele seja esticada e coberta de forma mais eficiente.

Os materiais utilizados neste procedimento foram bisturi com lâmina 15, pinça de Adson com dente, compressas, porta agulhas e fio de sutura.

Após isolada e desinfetada a zona em causa, foi administrada anestesia local com lidocaína.

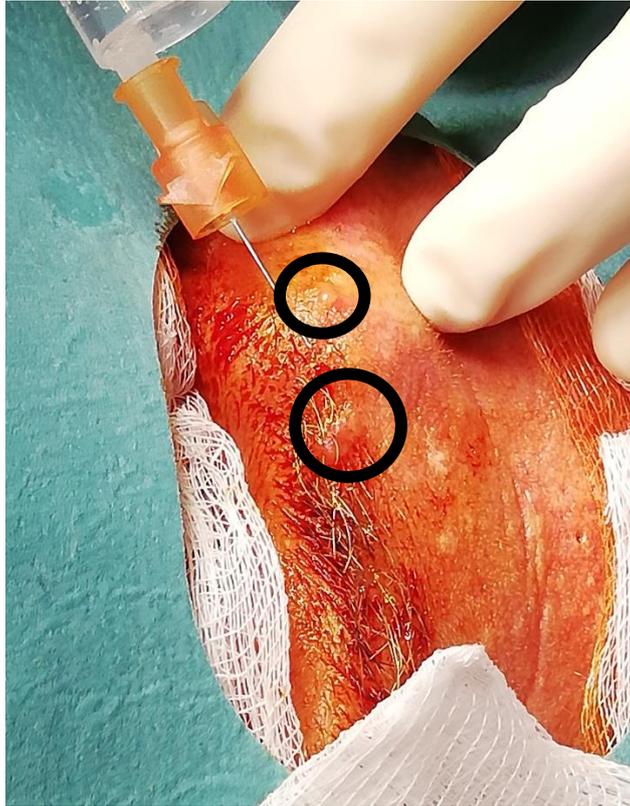


Figura 6 - Anestesia local e lesões assinaladas

Foi requerido MCDT para confirmar a anatomia patológica com um exame anatomopatológico histológico, em que cada peça cirúrgica ia no seu recipiente próprio, devidamente identificado. O recipiente A continha a lesão cutânea da região frontal suspeita de malignidade e o recipiente B a lesão cutânea da região da glabella. As peças seriam fixadas em formol e tinham entre 3 e 10 centímetros de eixo maior e continham pele e seus anexos, além da área lesionada.

Começou-se por realizar uma incisão, com uma lâmina de bisturi, com 2mm de margem de segurança, descolamento e exérese em bloco até à fáscia, sempre verificando e fazendo a manutenção da hemóstase.

Procedeu-se à sutura por planos (figura 7), sendo que os planos profundos foram suturados com Vicryl® 3/0 e a pele com Nylon® 2/0. Também foram colocados *Steri-strips*, que são suturas adesivas finas, flexíveis e transparentes, o que resulta em uma aparência mais estética em comparação com pontos ou agrafos.



Figura 7- Suturas simples

No final da cirurgia, ficou a cargo da enfermeira-instrumentista fazer um penso adequado, neste caso compressivo, a cada lesão, estando sempre disponível a ajuda dos cirurgiões.

Pós-operatório

Foi dada alta médica 2 horas após o procedimento. Com indicações de analgesia consoante receita prescrita, retoma da dieta normal e medicação habitual, cuidados de pensos no Centro de Saúde da Área de Residência duas vezes por semana e foram enviadas instruções escritas com pedido de remoção do material de sutura ao 12º dia pós-operatório. O paciente levou também folheto informativo com contactos do Serviço caso surgissem complicações.

O doente foi direccionado para uma consulta externa 1 mês e meio após a intervenção cirúrgica.

Caso clínico: Carcinoma células escamosas orelha e canal auditivo externo

Identificação

Paciente: J.B.G

Idade: 77 anos

Género: Masculino

Autónomo para AVD's

Etnia: Caucasiana

Profissão: Reformado

Religião: Católico

Dados antropométricos

Peso: 84kg | Altura: 172cm | IMC: 28.4kg/m²

Antecedentes pessoais

- Diabetes Mellitus tipo 2
- Dislipidemia
- Tabagismo
- DPOC
- Exérese de CEC tipo queratoacantoma na região temporal esquerda em 2021

Medicação habitual

- Dapagliflozina 5mg / metformina 1000mg – antidiabéticos
- Fenofibrato 267mg – para o tratamento da dislipidemia
- Atorvastatina 10mg – para o tratamento da hipercolesterolemia
- Brometo de tiotrópio 2.5ug – broncodilatador anticolinérgico de ação prolongada

- Indacaterol 300ug – para o tratamento da DPOC
- Omeprazol 40mg – protetor gástrico

Sem alergias medicamentosas conhecidas.

História da doença atual

O paciente foi referenciado da Consulta Externa de Dermatologia por carcinoma espinocelular do pavilhão auricular direito com 2 anos de evolução.

Ao exame objetivo verificava-se uma placa ulcerada e infiltrada com bordos elevados, com 1.5cm, na face posterior do pavilhão auricular direita e uma lesão cutânea suspeita de malignidade da vertente anteriolateral da hélix, do pavilhão auricular direito (figura 8).



Figura 8 - Carcinoma espinocelular do pavilhão auricular direito e lesão da hélix

Exames complementares de diagnóstico

Pela biópsia incisional, efetuada há cerca de 2 meses e meio, foi verificado que a lesão é compatível com carcinoma epidermoide e pelo relatório da TC locorregional, efetuada há 2 meses, destacou-se um espessamento de contornos irregulares e hipercaptação de contraste da parede posterior do pavilhão auricular direito, estendendo-se até ao plano cutâneo na região da implantação da orelha, podendo corresponder a carcinoma espinocelular. Não se verificou lesões de natureza expansiva ou infiltrativa nem adenopatias cervicais sugestivas de malignidade.

Diagnóstico

Portanto, pelos exames complementares de diagnóstico foi diagnosticado carcinoma espinocelular do pavilhão auricular direito, tendo sido proposto tratamento cirúrgico, cujos objetivos, riscos e morbidade peri-operatória o doente compreendeu e aceitou.

Tratamento

O tratamento passou pela exérese alargada do CEC da vertente posterior da hélix (pavilhão auricular direito) e plastia do mesmo com enxerto livre de pele parcial colhido da coxa direita para preencher o defeito cutâneo, e exérese alargada da lesão da hélix direita e plastia com retalho pediculado, pela abordagem externa.

Enquanto decorria a preparação do material por parte do enfermeiro-instrumentista, o médico anestesista verificava os dados antropométricos com a paciente, verificando que se tratava de uma paciente ASA 2 e dava instruções ao enfermeiro-anestesista para iniciar o processo de anestesia geral/balanceada. Antes de se começar a cirurgia em si, foi administrado fentanilo e lidocaína como analgésico, o relaxante muscular brometo de rocurónio (neste caso, também para facilitar a ventilação dos gases anestésicos), propofol para indução e manutenção de anestesia geral e fármacos bloqueadores de ácidos, antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos como pantoprazol, cefazolina, dexametasona, paracetamol e tramadol.

O dispositivo da via aérea utilizado foi uma máscara laríngea Aura Gain, tamanho 4. Esta é um tipo de máscara laríngea supraglótica que é inserida na boca do paciente e posicionada acima da abertura da laringe, fornecendo uma via aérea desobstruída para ventilação e administração de gases anestésicos.

A equipa cirúrgica dividiu-se em duas, uma formada pela cirurgiã principal, Dra. Catarina Morais e pela Dra. Maria João e outra formada pela cirurgiã secundária, Dra. Raquel Correia e por mim. Enquanto uma equipa realizava a exérese alargada da lesão até ao plano da cartilagem com recurso do bisturi elétrico, pinças de Adson com dente e pinças hemostáticas, a outra equipa realizava a colheita de pele parcial (final) da coxa dadora (figura 9) e posterior preparação do enxerto.

Toda a amostra removida foi colocada em formol para ser inspecionada pelo serviço de patologia laboratorial e posterior análise anatomopatológica.

O enxerto foi colhido com recurso a uma faca de enxertos e colocado em soro fisiológico enquanto não era utilizado.



Figura 9 - Colheita do enxerto

Após remoção do enxerto foi colocado na zona intervencionada um penso com gaze gorda, uma compressa embebida em iodopovidona e por cima um penso seco. A gaze gorda é utilizada de forma que as compressas que irão ser colocadas não adiram à pele, tornando a zona menos suscetível a infeções.

Na ferida cirúrgica realizou-se a ancoragem do enxerto com agrafos e um *tie-over* para permitir que o enxerto permaneça imóvel e protegido durante o processo de cicatrização, fixando uma gaze gorda e compressa embebida em iodopovidona com um fio resistente e agrafos. A hélix, onde não foi colocado enxerto, foi suturada com pontos simples para aproximar as margens da ferida operatória com fio de sutura Vycril® 3/0.



Figura 10 - Enxerto agrafado

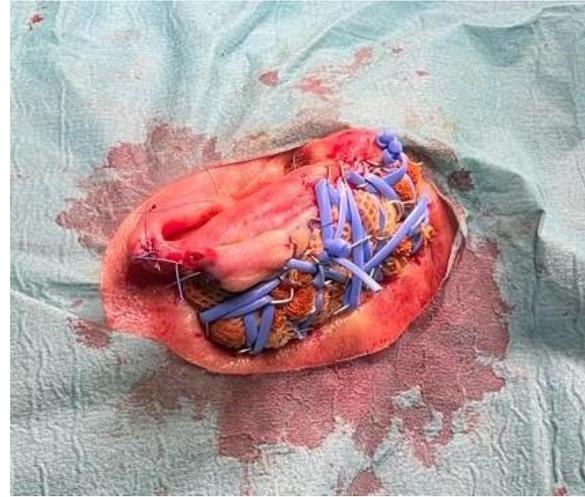


Figura 11 - Tie-over

Foi administrado 6 minutos antes do fim da cirurgia ondansetrom para controlar as náuseas e vômitos resultantes da anestesia e aquando da sutura foi administrado sugamadex que é um agente de reversão do bloqueio neuromuscular produzido pelo brometo de rocurônio.

No final da cirurgia, ficou a cargo da enfermeira-instrumentista fazer um penso adequado, mas estando sempre disponível a ajuda dos cirurgiões para o mesmo.

O fim da anestesia e saída do doente da sala deu-se apenas 6min após o fim da cirurgia.

Pós-operatório

- Antibioterapia profilática de infeção do local cirúrgico
- Profilaxia de gastropatia erosiva com IBP
- Analgesia
- Fluídoterapia
- Medicação domiciliária após alta médica
- Cuidados de penso após alta médica
- Restantes cuidados de suporte médico peri-operatórios

Evolução

No dia seguinte ao do procedimento, o paciente foi avaliado e apresentou uma evolução clínica favorável e sem complicações da ferida operatória. Foi então estabelecido que já

poderia ir para casa nesse dia. À data da alta apresentava-se assintomático, apirético e hemodinamicamente estável, com trânsito gastrointestinal e diurese mantidas. Estava também a tolerar dieta e levante e sem queixas algicas.

O paciente foi encaminhado para cuidados de penso diários no centro de saúde da área de residência. Foram enviadas instruções escritas com pedido de remoção do material de sutura da ferida anterolateral da hélix direita ao 12º dia pós-operatório, conforme cicatrização e todas as instruções que os cuidadores necessitavam.

Se o doente não se puder deslocar ao centro de saúde e nos dias não úteis, deverão ser prestados serviços domiciliários:

- Aplicação diária de solução de eosina na área enxertada da orelha direita, que pode estar exposta, se não tiver exsudados, e caso necessitar de ser recoberta é necessário colocar gaze gorda antes do penso exterior
- Aplicação diária de solução de eosina na área dadora (coxa direita), tendo atenção para não remover gaze gorda ou crostas, manter exposta sempre que possível e recortar material que não esteja aderente à pele cicatrizada

Foi prescrita analgesia com paracetamol 1000mg 1 cp de 8/8h, enquanto sentir dor e se esta persistir, associar tramadol 50mg, 1 cp de 8/8h, após pequena refeição (e se náuseas, associar metoclopramida 10mg 1cp 15 minutos antes da toma do tramadol). Foram explicados sinais de alarme que devem motivar avaliação médica urgente.

Paciente teve indicação para retomar medicação habitual conforme previamente ao internamento, evitar exposição solar da cicatriz e dieta sem restrições.

O doente foi direcionado para consulta externa posterior, agendada para dali a 1 mês.

Comentários

Na participação de várias cirurgias e, principalmente, com a oportunidade de ver bem de perto uma cirurgia à maior glândula salivar que temos, apercebi-me da complexidade dos procedimentos da cabeça e do pescoço. A exatidão e precisão dos atos cirúrgicos são essenciais para o sucesso do tratamento da patologia e para um bom pós-operatório, tanto a nível da sintomatologia, como a nível da cicatrização da ferida operatória. A maior parte das cirurgias a que tive acesso, eram realizadas em áreas estéticas e havia uma grande responsabilidade por parte dos cirurgiões para fazer uma sutura eficaz e de forma a causar o mínimo de impacto estético possível.

O que acontece no bloco operatório pode ser imprevisível e em todos os procedimentos aprende-se sempre algo novo. Como exemplo, na parotidectomia, verificamos que os gânglios linfáticos regionais próximos à glândula parótida estavam com uma coloração escura. Pensamos que poderia ser sinal de metástases ou melanomas, mas no final da cirurgia soubemos que a paciente tinha uma tatuagem nos lábios e que a coloração poderia ser devido à tinta da tatuagem que se teria instalado nos gânglios. Isto demonstra que devemos estar preparados para possíveis advertências e temos de ser proativos e cautelosos.

Nas restantes cirurgias, que à primeira vista não teriam grande relação com a medicina dentária, consegui sempre transpor algum ato clínico ou técnica utilizada para a minha prática clínica, na forma como abordavam o paciente ou relembrando a importância de estarmos atentos a todos os fatores possíveis que possam afetar a vida do paciente e consequentemente a sua saúde.

Apesar de ter apenas cortado as suturas, segurado nos Afastadores Farabeuf e usado compressas para ajudar na visualização do campo operatório, senti um crescimento e um à-vontade com o ambiente hospitalar no decorrer do estágio, desafiando o meu conhecimento e sentido uma pequena fração da responsabilidade do que é ser um médico e um cirurgião. A equipa médica sempre teve a iniciativa para me dar alguma responsabilidade e sempre incentivaram a minha participação nas cirurgias para tornar este estágio o mais enriquecedor possível.

Conclusão

Desde a percepção de como os membros da equipa médica se relacionam, como funciona o serviço de cirurgia do CHUP até ao treino e realização do protocolo de lavagem cirúrgica das mãos e consciencialização do porquê de se usar farda hospitalar, este estágio foi muito construtivo e sinto-me uma pessoa mais informada e evoluída a nível profissional e académico.

Sendo o CHUP um hospital universitário, o acompanhamento que os estudantes, estagiários e internos têm é muito bom e focado na aprendizagem e aquisição de conhecimento e competências. Toda a equipa médica, principalmente o cirurgião principal, incorpora um papel de professor e tem de estar disposto a abordar desde os pequenos e simples pormenores como problemas mais complexos e garantir que a mensagem que pretende passar, tanto para o paciente como para a restante equipa médica é bem transmitida.

Com a minha participação nas consultas e no BO foi possível ter a percepção da importância de, como profissional de saúde, ter uma boa gestão de tempo, disposição para uma comunicação honesta e correta com os pacientes, capacidade de resolução de conflitos e uma visão o mais ampla possível das técnicas e atos clínicos e suas diversidades.

Como conclusão, penso que cumpro os objetivos que tinha estabelecidos pois este estágio foi uma experiência enaltecida para o meu conhecimento e crescimento pessoal.

Referências Bibliográficas

- (1) Apresentação do CHUP (Online). Acesso em 25 março 2023. Disponível em: <https://www.chporto.pt/v0B0A/apresentacao>
- (2) Neil S. Norton, Ph.D. and Frank H. Netter, MD: Netter's Head and Neck Anatomy for Dentistry, 2nd Edition, Elsevier Saunders, page 186-196.
- (3) Limaíem F, Jain P. Warthin Tumor. 2023 Jan 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 32491572.
- (4) Van Herpen C, Vander Poorten V, Skalova A, Terhaard C, Maroldi R, van Engen A, Baujat B, Locati LD, Jensen AD, Smeele L, Hardillo J, Martineau VC, Trama A, Kinloch E, Even C, Machiels JP; ESMO Guidelines Committee. Salivary gland cancer: ESMO-European Reference Network on Rare Adult Solid Cancers (EURACAN) Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. ESMO Open. 2022 Dec;7(6):100602. doi: 10.1016/j.esmooop.2022.100602. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36567082; PMCID: PMC9808465.
- (5) Avva U, Lata JM, Kiel J. Airway Management. [Updated 2023 Jan 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470403/>
- (6) Markiewicz MR, Fernandes RP, Ord RA. Salivary gland disease. In: Fonseca RJ, ed. Oral and Maxillofacial Surgery. 3rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2018: chap 20.
- (7) Jackson CG. Surgery of the salivary glands. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, et al, eds. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015: chap 90.
- (8) Prado-Calleros HM, Ortega-Serrano G, Luna-Ortiz K. Surgical techniques for parotid gland tumors. Head Neck Oncol. 2011;3:48. doi:10.1186/1758-3284-3-48
- (9) Eisele, D. W., & Wang, S. J. (2014). Complications of Parotid Surgery. Otolaryngologic Clinics of North America, 47(1), 181-197. doi: 10.1016/j.otc.2013.09.008
- (10) Carcinoma basocelular. Acesso em 06 junho 2023. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/c%C3%A2nceres-de-pele/carcinoma-basocelular>

Anexos

DECLARAÇÃO
Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo Tânia Filipa Delgado Ferreira
N.º de Identificação civil 30139209 N.º de estudante 201808596
Email institucional up201808596@fmd.up.pt
Email alternativo tania.filipa.2000@gmail.com TIF/TIm 910942439
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia)

Relatório de Estágio

Títulocompleto

Relatório de Estágio - Unidade de Cirurgia Extradigestiva

Orientador Professora Doutora Maria de Lourdes Pereira

Coorientador Professora Doutora Sora Durão

Palavras-chave _____; _____; _____; _____;

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto: _____ (x)

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto : _____ (x)

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses: _____; 12 Meses: _____; 18 Meses: _____; 24 Meses: _____; 36 Meses: _____; 120 Meses: _____.

Justificação para a não autorização imediata _____

Data 19 / 05 / 2023

Assinatura Tânia Ferreira

Declaração da autoria do trabalho apresentado

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD da FMDUP, é da minha autoria e tidas as fontes foram devidamente referenciadas.

20/06/2023

Tânia Ferreira.

A Estudante

