



SANTA CASA
de Misericórdia de Maceió
Em defesa da vida

ANO 1 - Nº 2

Boletim Científico

Comissão

MÁRIO JUCÁ
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO MÉDICA
mario.juca@uol.com.br

DELIA HERRMANN
MEMBRO DA COMISSÃO
deliaherrmann@uol.com.br

MARIA TEREZA TENÓRIO
MEMBRO DA COMISSÃO
tereza.gcih@santacasademaceio.com.br

ARTUR GOMES NETO
PRESIDENTE DE HONRA
agneto@uol.com.br

Comissão de Educação Médica

Direção Médica

Rua Barão de Maceió, 288 - Centro
CEP 57.020-360 - Maceió-AL
Fone: 55 82 2123-6275

www.santacasademaceio.com.br
boletimcientifico@santacasademaceio.com.br

Criação e diagramação

Assessoria de Comunicação da Santa Casa de Misericórdia de Maceió

comunicacao@santacadedemaceio.com.br

Editorial

Prezado colega,

Os surtos de Micobactéria de Crescimento Rápido (MCR) têm deixado preocupados médicos e instituições de saúde. A Santa Casa de Misericórdia de Maceió (SCMM), através da Gerência de Risco, apresentou as orientações e as medidas utilizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para prevenir o advento dessa perigosa ameaça.

Há necessidade de uma discussão com todos os cirurgiões do Estado para que se tenha um consenso, que seja apresentado como proposta aos convênios, no sentido de os materiais descartáveis necessários aos procedimentos de videocirurgia serem liberados numa quantidade que contemple todo o ato operatório, pois o que ocorre, geralmente, é a liberação parcial dos descartáveis pelos planos de saúde, causando limitações cirúrgicas que poderiam ser superadas com a união dos cirurgiões, justificando as reais necessidades dos descartáveis.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) monitora a ocorrência de infecções pós-cirúrgicas por MCR em diferentes regiões do Brasil. Não há dados registrados (notificados) em Alagoas, mas todas as medidas de prevenção têm sido tomadas, no entanto, a necessidade de se discutir com os cirurgiões é premente, pois a segurança com os materiais descartáveis é imprescindível.

A infecção por *M. massiliense* pode manifestar os seus sintomas até dois anos após o procedimento. Essa bactéria causa problemas como granuloma ou nódulos na ferida operatória ou em outros órgãos, sendo necessária outras intervenções cirúrgicas. O glutaraldeído 2%, produto muito utilizado para esterilização de materiais cirúrgicos, deve ser abolido por não esterilizar instrumentos contaminados por essa bactéria, devendo ser utilizado outros meios de esterilização.

O Departamento de Cirurgia da SCMM deverá promover uma discussão com todos os cirurgiões envolvidos com videocirurgias e também com os representantes das demais unidades hospitalares que fazem esses procedimentos críticos para que possa ser elaborado um documento que sirva de orientação a todos os convênios em relação à liberação dos descartáveis, minimizando ainda mais as possibilidades de contaminação.

MÁRIO JUCÁ

Coordenador do Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva da Santa Casa

As intervenções para aliviar dispnéias relacionadas ao câncer: uma revisão sistemática

Interventions for Alleviating Cancer-Related Dyspnea: A Systematic Review

Irit Ben-Aharon, Anat Gafter-Gvili, Mical Paul, Leonard Leibovici, and Salomon M. Stemmer
Journal of Clinical Oncology, Volume 26, Number 2 (May 2008)

Dispnéia é um dos mais desgastantes sintomas vividos por pacientes criticamente enfermos por câncer. Aproximadamente, 70% dos pacientes apresentarão dispnéia em suas últimas seis semanas de vida.

No estudo foram realizadas busca e revisão sistemática de estudos controlados e randomizados em diversas bibliotecas médicas, avaliando medidas farmacológicas e não-farmacológicas na palição da dispnéia em pacientes com câncer.

Foram analisados 18 estudos controlados: 14 avaliando medidas farmacológicas (sete utilizando opióides; cinco, oxigênio; um, com ar enriquecido com hélio; e um com furosemida por nebulização) e quatro analisando medidas não-farmacológicas.

Foram observados dados consistentes da melhora sintomática da dispnéia com o uso de morfina subcutânea, porém nenhuma diferença com o uso de morfina por meio de nebulização. A adição de benzodiazepínicos à morfina acrescentou alívio sintomático, sem aumento do risco de sonolência ou depressão respiratória. O uso de oxigênio suplementar não acrescentou benefício ao grupo de pacientes sem hipoxemia, e a utilização de ar enriquecido com hélio mostrou-se benéfica; entretanto, o uso de furosemida por nebulização apresentou-se danoso nessa população. A acupuntura não se mostrou superior ao placebo, e as medidas de enfermagem foram úteis em situações menos críticas.

Persistimos, assim, com a certeza do alívio causado pelas medidas de uso já consagrado, porém ainda com a sensação desagradável de impotência e a necessidade de persistir em busca de novas medidas de alívio para essa desconfortável situação que freqüentemente aflige essa população de pacientes.

Comentarista: Dr. Divaldo Alencar - Oncologista da SCMM

Recomendações de controle e prevenção primária no idoso

Recommendations Issued for Geriatric Screening and Prevention in Primary Care
Laurie Barclay MD American Family Physician. *Medscape Medical News*, (15), 2008.

Aproximadamente, 8% da população mundial tinha 60 anos ou mais em 1950; por volta de 2000, este número aumentou para 10%. É esperado atingir 21% em 2050", disse Mary C. Spalding e Sean C. Sebesta, da Universidade de Ciências da Saúde do Texas, no Centro em El Paso (TX). "Disseminar nos serviços clínicos de prevenção essa perspectiva é muito importante; contudo, indivíduos com idade inferior a 65 anos são raramente incluídos em programas de cuidados primários de saúde. Esse artigo analisa o rastreamento ideal para as causas de morte mais prevalentes e discute como comportamentos, estados funcionais e comorbidades, assim como a expectativa de vida, podem beneficiar a maioria dos idosos a buscarem as medidas preventivas e os cuidados que podem mudar a sua qualidade e a sua expectativa de vida.

Sabe-se que doenças cardíacas, decorrentes, principalmente, da hipertensão e da arteriosclerose, como também afecções decorrentes do tabagismo, doenças crônicas cerebrovasculares e o câncer podem ser prevenidos.

Recomendações específicas na prática clínica devem ser ressaltadas, pois apresentam, nos estudos nível A de Evidência, que são as seguintes:

1. Todos os adultos deveriam parar de fumar, pois cerca de 500 mil americanos diminuem a sua mortalidade quando deixam de fazer uso do cigarro, mesmo que bruscamente.

2. Todos os idosos ou adultos jovens com risco aumentado para doenças coronárias deveriam ser aconselhados a fazer uso de aspirina em pequenas doses, pois esse medicamento tem diminuído a taxa de mortalidade.

3. Todos os homens entre 65 e 75 anos de idade que fumam devem ter controle ultra-sonográfico para aneurisma de aorta abdominal (US Preventive Services Task Force). Embora seja importante reparar que destacadas diminuições das taxas de mortalidade por aneurisma da aorta abdominal em homens com idades entre 65 e 75 anos excedem benefícios

para homens com menos de 75 anos.

4. A mamografia deveria ser realizada nas mulheres entre 40 e 65 anos, porque dois terços de mortes por câncer de mama acontecem nesse grupo etário. Os seus custo-benefícios seguem como controle até os 79 anos de idade.

5. O câncer colorretal deveria ter um programa de rastreamento a partir dos 50 anos de idade, tanto em homens como em mulheres, porque há grande impacto na taxa de mortalidade. O teste de sangue oculto anual e a sigmoidoscopia, realizados a cada três anos, são alternativas aceitáveis nos indivíduos que não têm acesso à colonoscopia; está no programa que deve ser realizada a cada dez anos. Discute-se parar aos 80 anos.

6. Indivíduos com hipertensão ou hiperlipidemia deveriam ser investigados sobre a possibilidade da coexistência de diabetes. De acordo com a Associação Americana de Diabetes, o controle de rotina deveria ser investigado a cada três anos, com início aos 45 anos em assintomáticos e mais jovens que 45 anos em pessoas com excesso de peso que tenham pelo menos um fator de risco, tais como sedentarismo, doença cardiovascular, negras ou de raça hispânica.

COMENTÁRIO FINAL: A população de idosos no Brasil vem aumentando e os cuidados e as investigações preventivas podem modificar muito a qualidade de vida desse grupo populacional, que, como as crianças, apresenta uma fisiologia e um metabolismo próprios, carecendo de abordagem especial. Recentemente desenvolvemos uma tese dentro do programa de rastreamento do câncer colorretal da Disciplina de Coloproctologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, que ratificou a importância do rastreamento. Foi autor do trabalho por nós orientado o professor Paulo Roberto Assunção (Famed-Ufal).

Comentarista: Prof. Dr. Mário Jucá
Professor do Mestrado em Ciências da Saúde da Ufal. Pesquisador com a linha de pesquisa do paciente crítico - o idoso - há 20 anos

Resultados dos pacientes depois de trombose venosa profunda e embolia pulmonar

Patient Outcomes After Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism Frederick A. Spencer, MD; Joel M. Gore, MD; Darleen Lessard, MS; James D. Douketis, MD; Cathy Emery, RN; Robert J. Goldberg, PhD

Departments of Medicine, McMaster University Medical Center, Hamilton, Ontario, Canadá and University of Massachusetts Medical School, Worcester.

Arch Intern Med. 2008;168(4):425-430.

Apesar dos avanços na gestão de Trombose Venosa Profunda (TVP) e Embolia Pulmonar (EP), relativamente, poucos dados contemporâneos descrevem e comparam os resultados nos doentes com essas condições comuns a partir de uma comunidade à base de perspectiva ampla. O objetivo desse estudo foi o de medir e comparar os resultados e as características clínicas dos pacientes com TVP isolada e EP sintomática em uma comunidade de Nova Inglaterra (Canadá).

Os registros médicos dos moradores da área de Worcester com a Classificação Internacional de Doenças, ainda pela nona revisão (CID-9), códigos compatíveis com possível tromboembolismo venoso (TEV), em 1999, 2001 e 2003, foram validados e revistos de forma independente por colaboradores de pesquisas treinados para resumir as informações contidas no Banco de Dados do Sistema de Saúde.

Os pacientes que apresentaram EP ou TVP isolada expressaram taxas semelhantes tanto na EP como na TVP de grandes hemorragias (por provável acompanhamento incorreto do uso de anticoagulantes a longo prazo) durante três anos de seguimento (5,9% versus 5,1%; 15% versus 17,9%; 15,6% versus 12,4%, respectivamente, nos anos ante-

riormente mencionados). A mortalidade foi significativamente aumentando a cada mês de seguimento nos pacientes que, inicialmente, apresentavam EP (1,3% versus 5,4%, essa diferença persistiu até três anos de acompanhamento (35,3% versus 29,6%).

Pacientes que apresentaram grandes hemorragias no curso do follow up, como era de se esperar, foram mais propensos a recorrentes TVP ou à morte em três anos do que aqueles sem essas complicações.

Como conclusão dessa pesquisa, os autores sustentam que os pacientes com EP ou TVP apresentam taxas de grandes sangramentos e recorrência inaceitáveis, na comunidade em estudo. São necessários esforços para identificar doentes com maior risco de TVP e com complicações associadas e, assim, tentar desenvolver uma melhor estratégia de anticoagulação, que poderá reduzir de forma contundente esses eventos na comunidade.

COMENTÁRIO: O Tromboembolismo Venoso (TEV) atinge um a dois indivíduos em cada mil, na população em geral, a cada ano, geralmente como Trombose Venosa Profunda (TVP) da perna ou Embolia Pulmonar (EP). A incidência aumenta de um em cada

dez mil para os indivíduos com menos de 40 anos e para um em cem para aqueles com mais de 60 anos. Como se pode ver, é um aumento preocupante numa faixa etária onde as complicações, geralmente, já estão associadas a outras co-morbidades. Metade a dois terços de todos os episódios de TEV são provocados por hospitalização recente, trauma ou em pós-operatórios entre os pacientes por imobilizações no leito por longos períodos; neoplasias malignas; AVE; isso se tratando de pacientes clínicos. Nos cirúrgicos, as cirurgias ortopédicas, como as de quadril e joelho, o risco de TVP é mais elevado, como também em grandes cirurgias abdominais, em que o paciente permanece em risco por até três meses após o procedimento. Imaginem que o restante ocorre em pacientes em que esses fatores não são clinicamente identificáveis e podem ter predisposição hereditária ou adquirida, de difícil identificação. Desenvolver estratégias para pessoas de risco ainda permanece sendo uma medida bastante razoável e indispensável.

Comentarista: Prof. Francisco Silva de Oliveira - Chefe do Departamento de Clínica Cirúrgica da SCMM e cirurgião vascular.

Efeitos das imagens do 18F-FDG PET/CT em pacientes com câncer de mama estádios II e III

Effect of 18F-FDG PET/CT Imaging in Patients With Clinical Stage II and III Breast Cancer

David Groheux, M.D., Jean-Luc Moretti, M.D., Ph.D., Georges Baillet, M.D., Marc Espie, M.D., Sylvie Giacchetti, M.D., Elif Hindie, M.D., Ph.D., Christophe Hennequin, M.D., Ph.D., Jacques-Robert Vilcoq, M.D., Caroline Cuvier, M.D., Marie-Elisabeth Toubert, M.D., Jean-Emmanuel Filmont, M.D.†, Farid Sarandi, M.D., Jean-Louis Misset, M.D.

International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. July, vol.1, 2008 p.695-704

Os avanços tecnológicos em Medicina vêm nos permitindo realizar o estadiamento clínico dos pacientes com câncer de forma cada vez mais adequada, possibilitando a indicação de conduta terapêutica mais precisa. No entanto, existe a necessidade de comprovação científica da eficácia dessas novas tecnologias para que possamos acrescentá-las a nossa rotina investigacional.

Nesse estudo, 39 mulheres portadoras de câncer de mama (40 tumores), avaliadas convencionalmente

como estádios II e III, foram submetidas à PET/CT para análise dos seus achados.

Em três casos, o PET/CT identificou linfonodos extra-axilares que não haviam sido detectados previamente: dois casos com lesões subpeitorais e infraclaviculares e um caso com linfonodos na cadeia mamária interna. Houve, ainda, captação a distância em quatro mulheres, representadas por um caso de envolvimento pleural e três por metástases ósseas.

O exame alterou o estadiamento

inicial em sete mulheres (18%), e a conduta terapêutica foi modificada em cinco pacientes (13%). Dessa forma observamos que o PET/CT pode identificar lesões não-detectadas pelos métodos usuais de avaliação de pacientes com carcinoma de mama, Ec: II e III, e levar a uma mudança no tratamento das mesmas em uma porcentagem significativa dos casos.

Comentarista: Dr. Caio Arraes
Radioterapeuta

Conheça o Departamento de Cirurgia

Chefe do Departamento
Dr. Francisco Silva de Oliveira

Serviço de Proctologia
Dr. Hélio Medeiros

Serviço de Mastologia
Dr. João Aderbal

COORDENADORES DOS SERVIÇOS:

Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva
Dr. Mário Jucá

Serviço de Cirurgia da Cabeça e Pescoço
Dr. Antônio Mário da Paz

Serviço de Cirurgia Otorrinolaringológica
Dr. Marcos Melo

Serviço de Urologia
Dr. Mário Ronalsa Brandão

Serviço de Cirurgia da Obesidade
Dr. Antônio de Pádua de Carvalho

Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Dr. Edmundo Moreira

Serviço de Cirurgia Vascular
Dr. Lúcio Wanderley

Serviço de Oncologia Cirúrgica
Dr. Robério Melo

Serviço de Neurocirurgia
Dr. Ronald Mendonça

Serviço de Cirurgia Torácica
Dr. Artur Gomes Neto

Serviço de Cirurgia Plástica
Dr. Luís Alberto Ferreira

Serviço de Anestesiologia
Dr. Ronaldson Bernardo