

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina

**CUIDADOS CIRÚRGICOS
NUM HOSPITAL DA AMÉRICA DO SUL**

Cátia Denise Ferreira Rodrigues

Orientador

António José Polónia Coelho da Silva

Porto 2011

ÍNDICE

| | |
|---------------------------|----|
| Resumo | 2 |
| Summary | 3 |
| Lista Abreviaturas | 4 |
| Introdução | 7 |
| Contextualização – Brasil | 7 |
| Objectivos | 10 |
| Metodologia | 10 |
| Discussão | 11 |
| Tempo de Estágio | 11 |
| Local de Estágio | 11 |
| Enfermarias | 12 |
| Consulta Externa | 12 |
| Centro Cirúrgico | 13 |
| Pronto-Socorro | 18 |
| Casos Clínicos | 19 |
| Conclusão | 32 |
| Bibliografia | 34 |
| Anexos | 37 |

RESUMO

Perante o enquadramento da unidade curricular “Dissertação/Projecto/relatórios Estágio” optei por direccionar a minha acção para a realização de um estágio profissionalizante, na área de “Cirurgia”, por se apresentar como uma área que me aliciava, para além de querer aumentar o meu conhecimento nesta vertente. A oportunidade de realizar um estágio em São Paulo permitiu implementar mais um objectivo, o de conhecer um sistema de saúde de um país como o Brasil.

São Paulo é uma metrópole assustadora com ruas intermináveis, o som familiar dos helicópteros, o trânsito infernal, a agitação constante da população. O HSP é um ponto de referência dos paulistas dependentes do Sistema Único de Saúde.

O estágio decorreu entre 1 de Março e 2 de Abril de 2011 principalmente no Pronto-Socorro e, ocasionalmente no Centro Cirúrgico do Hospital São Paulo, totalizando 108 horas, embora também tenha passado pelas enfermarias e pelas consultas externas das diversas disciplinas no mesmo período. A estrutura do relatório incorporou alguns casos clínicos e a descrição das actividades realizadas, seguido de uma discussão dos temas com apoio de dados estatísticos brasileiros bem como um breve recurso à literatura em determinados pontos considerados pertinentes.

No final fica a certeza que absorvi algum conhecimento novo, consolidei informações prévias, mas, principalmente, enriqueci a minha curta formação profissional com a consciência que ainda tenho um longo caminho a percorrer. Acompanhar diariamente e integrar a equipa de cuidados reforçou uma percepção que é alheia ao estudante do 1º ano de Medicina, a de que o médico lida mais vezes do que seria desejável com a sensação de impotência e frustração.

SUMMARY

In the framework of the syllabus “Dissertation / Project / Traineeship Report” I chose to focus my action for the achievement of a professional traineeship in the field “Surgery” by presenting itself as an attractive area, besides wanting to increase my knowledge in this aspect. The opportunity to have this traineeship in Sao Paulo has allowed me implement another goal, get to know the health care system in a country like Brazil.

Sao Paulo is a scary metropolis with endless streets, the familiar sound of helicopters, infernal traffic, and the hustle and bustle of big cities. Sao Paulo Hospital is a reference point for the paulistas dependent on the public health system.

The traineeship period ran between 1st March an 2nd April, 2001, mainly in the emergency room and, occasionally, at the surgical center of Sao Paulo Hospital, where I spent 108 hours, although also has past by wards and external consultation of the various specialties, in the same period. The structure of this report includes some clinical cases and the description of activities carried out, followed by a discussion of the issues with support on brazilian statistical data, as well as a brief appeal to literature in some points considered relevant.

In the end it is sure to be absorbed some knowledge new, reinforced previous information, enriched my short professional training with the awareness that I still have a long way to go. Monitor daily and join the team of care has strengthened a perception that is distant to the medicine beginner, that the physician deals more than would be desirable with the feeling of powerlessness and frustration.

LISTA DE ABREVIATURAS

μL – microlitro

AC – auscultação cardíaca

ALT – alanina transaminase

AP – auscultação pulmonar

AST – aspartato transaminase

bpm – batimentos por minuto

CC – centro cirúrgico

CK – creatinofosfoquinase

CL – colecistectomia laparoscópica

cm – centímetro

cpm – ciclos por minuto

CPRE – colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

dL – decilitro

DM – *Diabetes Mellitus*

ECD – exame complementar de diagnóstico

ECG – electrocardiograma

EDA – endoscopia digestiva alta

EV – endovenoso

FC – frequência cardíaca

FR – frequência respiratória

GGT – gama glutamil transferase

h – hora

HD – hipótese diagnóstico

HTA – hipertensão arterial

kg – quilograma

L – litro

mEq – miliequivalente

mg – miligrama

mm – milímetro

mmHg – milímetro mercúrio

mmol – milimol

MS – membro superior

MV – murmúrio vesicular

°C – graus Celsius

PA – pressão arterial

pCO₂ – pressão parcial de CO₂

PCR – proteína C reactiva

PO – *per os*

pO₂ – pressão parcial de O₂

PS – Pronto-socorro

QP – queixa principal

RA – ruídos adventícios

RHA – ruídos hidroaéreos

RM – ressonância magnética

RNI – relação normatizada internacional

RTU – ressecção transuretral

SatO₂ – saturação O₂

seg - segundos

SF – soro fisiológico

SG – soro glicosado

sic – segundo informação colhida

SU – serviço urgência

T – temperatura

TAC – tomografia axial computadorizada

TGO – transaminase glutamato oxalacetato

TGP – transaminase glutamato piruvato

TP – tempo protombina

TTPA – tempo tromboplastina parcial activado

UI – unidade internacional

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

US – ultrassonografia

UTI – Unidade Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

A escolha deste estágio em São Paulo prendeu-se com a vontade de conhecer uma diferente realidade, um sistema de saúde distinto daquele que fui conhecendo ao longo da minha formação no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

A área “Cirurgia Geral” é para mim de grande interesse, portanto, esta foi uma opção centrada na necessidade de descobrir mais alguns dados, especialmente nesta fase em que nos impõem escolhas mais direccionadas.

Contextualização - Brasil

A República Federal do Brasil faz fronteira com todos os países da América do Sul com excepção do Chile e Equador. (Figura 1) É um sistema constitucional com um governo presidencial, com três ramos independentes: Executivo, Legislativo e Judiciário. Compreende 26 estados divididos em 5 macrorregiões e 5,561 municípios.

Figura 1 - Mapa Brasil (CIA World Factbook 2004)



Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009 - a população brasileira contava com cerca de 191,8 milhões de habitantes cuja densidade demográfica média é de 22,5 habitantes por quilómetro quadrado (km²).

Em 2010, o PIB *per capita* alcançou \$ 11906, após ter registado variação, em volume, de 6,5% em relação a 2009. O número de famílias com rendimento familiar *per capita* até metade do salário mínimo caiu de 32,4% para 22,6%, em dez anos. No entanto, em 2008 metade das famílias brasileiras ainda vivia com menos de \$ 259 *per capita*. (WHO, 2009)

Os dados acima indicam que o Brasil ainda apresenta importantes desigualdades socioeconómicas entre os grupos populacionais e regiões. Além disso a violência urbana está a aumentar de forma alarmante, afectando a qualidade de vida e segurança da população.

O Brasil está a passar por uma transição epidemiológica em que as doenças não transmissíveis e causas externas (actos de violência) estão a ultrapassar progressivamente as doenças infecciosas e parasitárias. O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de instituições públicas e privadas que providenciam, financiam e gerem os serviços de saúde; produzem e distribuem os ganhos em saúde e as investigações; treinam recursos humanos na área da saúde; regulam, legislam e inspeccionam o sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é exclusivamente responsável pela cobertura de saúde de 78,8% da população brasileira, e é a rede primária de instituições públicas de saúde que fornece, financia e gere os serviços de saúde. O restante 21,2% da população, que é coberta pelo Sistema Suplementar, também tem acesso aos serviços de saúde disponíveis no SUS. Adicionalmente a estas funções, o SUS também é responsável pela vigilância de saúde, controlo de doenças e regulação do sector da saúde. Facilitar o acesso a fármacos essenciais faz parte dos cuidados básicos e é conseguido através de mecanismos especiais de financiamento e das “farmácias populares”, pertencentes ao governo. (WHO, 2009)

Em 2010 o gasto total com saúde foi de \$168 mil milhões, sendo \$79 mil milhões de recursos públicos e \$89 mil milhões do privado. Pelo quadro acima o recurso público representa 47% do total do gasto em saúde no Brasil ficando o recurso privado com 53%. (WHO, 2009)

A taxa de mortalidade infantil obteve importantes reduções no período entre 1980 e 2009: em 1980 correspondia a 69,12 óbitos de menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos e, em 2009, passou para 22,47. A taxa de mortalidade infantil brasileira já alcançou um patamar incontestavelmente inferior ao de países como Costa do Marfim e Serra Leoa, mas ainda precisa trilhar um longo caminho para atingir, no médio prazo, níveis mínimos de mortalidade infantil, como os observados em Portugal, França, Noruega, Finlândia, Japão, Singapura e Islândia. (WHO, 2009)

Como óbitos de natureza violenta atingem com mais intensidade a população masculina, a consequência directa é o aumento do diferencial entre as expectativas de vida de homens e mulheres. Em 2009, a esperança de vida masculina alcançou 69,42 anos e para as mulheres a vida média ao nascer foi de 77,01 anos. (WHO, 2009)

Os dados mais pertinentes desta análise da situação socioeconómica e de saúde no Brasil estão resumidos na tabela 1.

Tabela 1 - Tabela adaptada de WHO World Health Organization – Global Health Observatory, 2009

| | |
|---|-----------|
| População Total | 193734000 |
| Produto Interno Bruto (PIB) per capita (\$) | 10080 |
| Esperança de vida ao nascimento M/F (anos) | 70/77 |
| Probabilidade de morrer abaixo dos 5 anos (por 1000 nascimentos) | 21 |
| Probabilidade de morrer entre os 15 e 60 anos M/F (por 1000 pessoas) | 205/102 |
| Total gasto em saúde per capita (\$) | 943 |
| gasto em saúde como % do PIB | 9.0 |

Preliminarmente, é importante frisar a grande dimensão da demanda por serviços de saúde no Estado. Ferreira *et al*, 2006 afirmam que 36% da população, aproximadamente 14 milhões de pessoas, declarou ter procurado por serviços de saúde nos 30 dias anteriores. Desse total, 92,5% foram atendidos no mesmo dia e 64% utilizou o serviço público de saúde, correspondendo a cerca de 9 milhões de usuários do sistema. Em outras palavras, aproximadamente um quarto da população do Estado é atendido pelo SUS em apenas um mês.

Objectivos

A elaboração deste relatório teve como principais preocupações aprofundar conhecimentos da área de Cirurgia Geral (que fossem além dos conhecimentos apreendidos nas disciplinas Cirurgia I e II) e estabelecer um ponto de confrontação com a realidade médica portuguesa e brasileira. Tal só seria possível através da experiência nas duas realidades, com o acompanhamento dos cirurgiões de várias áreas nas suas práticas diárias, em particular nas enfermarias, consultas externas, serviço de urgência e bloco cirúrgico.

Metodologia

O estágio decorreu entre 1 de Março e 2 de Abril de 2011 no Pronto-Socorro (PS) e no Centro Cirúrgico (CC) do Hospital São Paulo, no Brasil, num total de 108 horas. Adiciono a este documento (anexo 1) a declaração de permanência nos serviços assinada pelos coordenadores da Comissão de Mobilidade Académica, Prof. Dr. Alfredo Gagnani e Prof. Dr. José Carlos da Silva, bem como pelo Chefe do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP – EPM), Prof. Dr. João Branco.

A metodologia consistiu no acompanhamento de diferentes residentes (internos de especialidade) de Cirurgia no Pronto-Socorro e, fortuitamente, no Centro Cirúrgico, tendo recorrido às enfermarias sempre que necessário complementar os dados de cada caso.

DISCUSSÃO

Descrevo agora, brevemente, algumas das actividades realizadas no âmbito da cirurgia nos diversos serviços onde estive durante este mês, com destaque no acompanhamento de um cirurgião num serviço de urgência no país em questão.

Tempo de estágio

O estágio decorreu num período total de 108 horas em PS, aos sábados das 8 horas até às 20 horas, nos dias semanais entre as 17 horas e as 21 horas, entre os dias 1 de Março e 2 de Abril de 2011. No mesmo mês foi feito o estágio da unidade curricular Cirurgia, entre as 7 e as 16 horas, em locais diversos como enfermarias, centro cirúrgico e consultas externas.

Local do estágio

O HSP teve sua pedra fundamental lançada em 30 de Setembro de 1936. Actualmente é um Hospital Universitário geral, de tratamento de doenças de alta complexidade, que atende diariamente mais de 2150 pacientes em ambulatório e 340 no Pronto-Socorro, é responsável na Grande São Paulo, pela cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões habitantes, além de atender pacientes oriundos de outros estados da federação. (Tabela 2) Ao lado desta intensa actividade assistencial, destaca-se a vasta produção científica, que o qualifica, no cenário nacional e internacional, como uma instituição séria e de excelência, fazendo parte do selecto grupo de instituições de ensino que integram a Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC), criada e coordenada pelos Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia brasileiros.

Tabela 2 – tabela adaptada da Directoria Administrativa do HSP referente ao ano de 2009

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Total de leitos | 775 |
| Atendimentos Ambulatórios | 785.056 |
| Pronto Atendimento | 191.338 |
| Atendimentos no Pronto-Socorro | 124.397 |
| Número internamentos | 26.347 |
| Número de Cirurgias Realizadas | 14.461 |
| Exames Laboratoriais | 2.779.503 |
| Exames de Imagem | 271.944 |

Enfermarias

Ao entrar nos diferentes serviços fui surpreendida pelas peculiaridades deste hospital onde cada serviço é gerido pela disciplina correspondente do curso de Medicina.

As actividades na enfermaria englobam a avaliação diária dos doentes juntamente com o residente, seguida da visita matinal em que os casos são apresentados aos médicos responsáveis. Uma das particularidades é a existência dos registos de “Evolução Multiprofissional” onde escrevem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais envolvidos na avaliação do doente. Este método permite que, através de uma rápida leitura, se aceda a todos os dados relevantes referentes aos dias de internamento.

O acesso dos doentes às diversas unidades de internamento de Cirurgia está previsto através do PS, das consultas externas ou por doentes em lista de espera para procedimentos programados, no entanto, observa-se com maior frequência a primeira situação.

Consultas Externas

Ao caminhar nas longas ruas que rodeiam o hospital, na Vila Clementino, observa-se “Casa da Mão e do Braço”, a “Casa da Arritmia”, a “Casa da Hipertensão”, entre outras. O hospital está disperso nestes edifícios, de um ou dois andares, onde se realizam a maioria dos ambulatórios das várias especialidades.

As consultas externas decorrem quase sempre no período da tarde e cada ambulatório dura cerca de 3 horas. Tive oportunidade de assistir a avaliação pré-operatória, a “primeiras

consultas” de doentes, maioritariamente encaminhados de outros serviços do HSP, e ainda, a acompanhamento pós-operatório.

Tabela 3 - Patologias mais observadas em cada disciplina

| Disciplina | Exemplos patologias observadas |
|----------------------------|--|
| Cirurgia Plástica | Carcinoma basocelular Melanomas Abdominoplastia (após cirurgia bariátrica) Feridas crónicas |
| Cirurgia Gástrica | Refluxo gastroesofágico Megaesófago (Doença Chagas) Litíase Biliar Obesidade mórbida Carcinoma cólon e recto |
| Urologia | Carcinoma próstata Hiperplasia Benigna Próstata Litíase renal |
| Cirurgia Cardíaca | Valvulopatia aórtica Aneurismas aorta Insuficiência coronária |
| Cirurgia Pediátrica | Hérnia umbilical Fimose Hidrocele |

Centro Cirúrgico

Habitualmente as cirurgias programadas de doentes internados são realizadas pela manhã num Centro Cirúrgico modernizado composto por 24 salas onde actuavam diversas áreas cirúrgicas.

Tabela 4 - Cirurgias observadas, de acordo com data, disciplina, procedimento, identificação do paciente e patologia

| Data | Disciplina | Procedimento | Identificação | Patologia |
|-------------------|-------------------|--|-------------------------|-------------------------------------|
| 03/03/2011 | Plástica | Desbridamento cirúrgico | Sexo feminino, 21 anos | Queimadura em 32% da área corporal |
| 04/03/2011 | Plástica | Plastia mamária de redução | Sexo feminino, 27 anos | |
| 04/03/2011 | Plástica | Plastia mamária de redução | Sexo feminino, 31 anos | |
| 04/03/2011 | Plástica | Substituição de material de prótese mama | Sexo feminino, 30 anos | Contractura Capsular |
| 14/03/2011 | Gástrica | Coledocoduodenostomia | Sexo feminino, 49 anos | Coledocolitíase sem colangite |
| 15/03/2011 | Gástrica | Tratamento hérnia inguinal | Sexo masculino, 28 anos | Hérnia Inguinal Indirecta |
| 16/03/2011 | Gástrica | Gastrectomia sub-total | Sexo feminino, 78 anos | Adenocarcinoma gástrico |
| 16/03/2011 | Gástrica | Duodenopancreatectomia | Sexo masculino, 19 anos | Tumor de Franz |
| 17/03/2011 | Gástrica | Cardiomiotomia com funduplicatura | Sexo feminino, 45 anos | Doenças Chagas com megaesófago II |
| 27/03/2011 | Cardíaca | Substituição aorta ascendente e válvula aórtica com tubo valvulado | Sexo masculino, 57 anos | Insuficiência aórtica |
| 30/03/2011 | Pediatria | Laparoscopia exploradora | Sexo masculino, 9 anos | Suspeita de diverticulite de Meckel |

Selecionei um dos casos citados acima para descrever com maior pormenor porque foi aquele acompanhado mais estritamente, nomeadamente no período pré, intra e pós-operatório, mas também por ser uma patologia frequente que ainda está sujeita a uma demora grande no que refere à execução de exames complementares e de tratamento.

Caso 1 (15/03/2011)

JSP, sexo feminino, 78 anos.

Queixa Principal - Epigastralgia intensa

Doente refere epigastralgias intensas com início há mais de 1 ano, em cólica, sem irradiação, agravada pela alimentação gordurosa, sem factores aliviantes, de frequência elevada (quase diária), acompanhada de náuseas e vómitos nos episódios de agudização da dor. Ainda associado à dor refere distensão abdominal e sensação de plenitude pós-prandial. Ocasionalmente experimenta regurgitação e pirose. Nega icterícia, febre, acolia ou alterações na urina.

Devido às queixas supracitadas procurou médico assistente em Maio de 2010 que orientou a realização de uma endoscopia digestiva alta com biópsia. De acordo com indicação na primeira EDA realizada, em Setembro de 2010 repetiu EDA. Os resultados dos exames serão discutidos adiante.

Relativamente ao estado de saúde a doente refere perda ponderal de 17kg nos últimos 6 meses. Tem hipertensão há 7 anos, medicada. Não faz uso de tabaco, álcool ou outras drogas ilícitas. Relativamente à sua dieta refere ingestão aumentada de pimenta e café, bem como de carne, mas declina consumo de refeições industrializadas.

Antes do internamento estava em uso de omeprazol 20mg/dia (medicada desde a realização da primeira EDA), nifedipina 20 mg 12/12h e enalapril 20 mg 12/12h.

Ao exame físico apresentava-se orientada no tempo e espaço. Mucosas e conjuntivas coradas e hidratadas, escleróticas anictéricas, acianótica. Apirética (T 36.5°C). Eupnéica (frequência respiratória 16cpm), pressão arterial 135/80mmHg, frequência cardíaca 86bpm. Auscultação pulmonar – murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Auscultação cardíaca – S1 e S2 presentes, rítmicos, normofonéticos, sem sopros. Abdómen flácido, sem organomegalias, indolor, ruídos hidroaéreos presentes.

EDA (14/05/2010) - Lesão gástrica antral ulcero infiltrativa; esofagite não-erosiva distal. Os resultados da anatomia patológica da amostra colhida na EDA foram: fundo e superfície da lesão ulcerado com infiltrado de células atípicas; alterações degenerativas e inflamatórias com aspecto regenerativo e displasia glandular de baixo grau. O patologista sugeriu a repetição dos exames.

EDA (07/12/2010) - Lesão gástrica pré-pilórica estenosante; esofagite erosiva distal dos ângulos gástricos; resíduos gástricos em câmara gástrica; lesão ulcero-vegetante infiltrativa pré-pilórica Borrmann's III. A anatomia patológica avançou com o diagnóstico de adenocarcinoma.

TAC abdomino-pélvica (11/12/2010) - Discreta dilatação da via biliar intra-hepática; ateromatose aorto-ilíaca acentuada; fígado de aspecto normal; quistos no rim direito com cerca de 1,1cm no pólo inferior e 1,6cm no terço médio; espessamento mucoso da grande curvatura e espessamento antral com diminuição do calibre do lúmen gástrico; sem comprometimento de linfonodos; sem invasão de vasos.

Hipótese Diagnóstica - Adenocarcinoma gástrico

Plano - Gastrectomia sub-total com anastomose em Billroth II – realizada no dia 16/03/2011.

À escala mundial, a incidência do cancro de estômago configura-se como a quarta causa mais comum e, em termos de mortalidade, é a segunda causa de óbitos por cancro. Em geral, sua magnitude é de duas a três vezes maior nos países em desenvolvimento e é maior no sexo masculino que no feminino. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que no ano 2010 surjam 14 casos novos a cada 100 mil homens e 8 para cada 100 mil mulheres.

A infecção por *Helicobacter pylori* continua a ser o principal factor de risco, no entanto existem outros como, consumo baixo de proteínas e gorduras, elevado teor de sal, elevado consumo de produtos nitrogenados, preparação dos alimentos deficiente, falta de refrigeração, pouca ingestão de água, tabagismo, baixa classe social, cirurgia gástrica prévia, atrofia gástrica e gastrite, pólipos adenomatosos e sexo masculino. Noventa e cinco por cento das neoplasias malignas gástricas são adenocarcinomas. A classificação de Borrmann de 1926 divide o carcinoma gástrico em 5 tipos de acordo com a aparência macroscópica das lesões. Nesta doente estamos perante um Borrmann's III o que significa lesões ulceradas com infiltração na parede gástrica. Como descrito neste caso, é frequente que as únicas queixas do doente sejam epigastralgia e indigestão o que pode ser confundido com gastrite. Os sinais observados no exame físico geralmente relacionam-se com doença localmente avançada ou metástases, por exemplo gânglios linfáticos supraclaviculares (Virchow) ou periumbilicais (Mary Joseph) palpáveis. Quando há suspeita de carcinoma gástrico a EDA é a modalidade diagnóstica de

escolha. Durante a EDA várias amostras de biopsia em torno da lesão ulcerada devem ser colhidas para facilitar o diagnóstico histológico. Quando isto acontece a especificidade do procedimento ronda os 98%. Uma vez confirmado o diagnóstico, a investigação posterior deve incluir hemograma, bioquímica, incluindo função hepática, estudo de coagulação, raio X torácico, TAC abdominal e TAC ou US pélvica no caso das mulheres. (Townsend, *et al* 2007)

A doente esperou 7 meses para repetição de um exame que já tinha alterações atípicas sugestivas de malignidade. O paulista que precisa marcar uma consulta na rede pública de saúde tem de enfrentar, em média, uma espera de 61 dias. Se o médico pedir algum exame, o paciente volta para a fila - desta vez para aguardar, em média, mais 76 dias. E se o diagnóstico indicar a necessidade de procedimentos mais complexos ou cirurgias o tempo médio da demora é ainda maior: 166 dias. Esta é a estatística dos indicadores de referência de bem-estar no município mas neste caso o tempo de espera desde a primeira consulta foi ainda mais longo. (IBGE, 2008)

Quando finalmente chegou aos cuidados do serviço de Gastrocirurgia do HSP a abordagem adoptada nesta doente foi gastrectomia sub-total com anastomose Billroth II. Conforme Foukakis *et al*, 2007 não se verificaram diferenças significativas na sobrevida entre a gastrectomia total e sub-total no grupo de doentes com tumor localizado no estômago distal ou no corpo. A opção conservadora é válida sempre que seja possível obter margens negativas, recomendando-se margens de 5 a 6 cm. Embora no Japão seja usado preferencialmente o método de Billroth I e nos EUA a cirurgia Billroth II, Montesani *et al*, 2002 concluíram, a partir da análise de vários estudos, que há menor refluxo gastroesofágico e esvaziamento gástrico mais rápido e competente quando utilizado o método de anastomose em Y de Roux. Relativamente à extensão da linfadenectomia há muito tempo este é um tópico controverso, mas entretanto as recomendações actuais do Comité Americano de Estadiamento de Cancro aconselham que pelo menos 16 gânglios linfáticos sejam analisados para aperfeiçoamento do estadiamento tumoral.

Pronto-Socorro

Considerando que o estágio curricular que estava a realizar, por ser composto de áreas tão diversas como Cirurgia Gástrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Urologia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Torácica e Técnica Operatórias, seria uma abordagem demasiado vasta e porque queria complementar o meu estágio com a componente do serviço de urgência em cirurgia foi requisitada a autorização ao Director-Geral do PS, Dr. Milton Scalabrini, para observar e eventualmente realizar algumas actividades neste serviço (Tabela 5).

O atendimento do PS Cirurgia é feito na sala de sutura com 4 camas separadas por biombos, e na sala de trauma com espaço para 4 camas. Habitualmente o atendimento é feito por quatro residentes R1 (primeiro ano da especialidade) e um residente R2 que orienta os casos, respondendo ao chefe de plantão. Além dos médicos ainda estavam no local 4 alunos de medicina do 6º ano, distribuídos entre as duas salas. Os doentes com necessidade de internamento no PS ocupam as 8 camas disponíveis na zona de observação masculina e feminina distribuída por 2 salas ou, em dias de muito afluxo, permanecem no corredor.

Tabela 5 - Procedimentos realizados e observados no PS

| Procedimentos Realizados | Procedimentos Observados |
|---|--|
| Colheita histórias clínicas | Paracentese |
| Preenchimento da requisição de exames subsidiários de diagnóstico e interpretação de resultados | Toracocentese |
| Prescrição | Intubação gástrica |
| Punção arterial | Nefrostomia percutânea |
| Execução de pensos | Estabilização de fractura exposta |
| Algaliação feminina | Avaliação doente traumatizado (Advanced Trauma Life Support) |
| Electrocardiograma simples de 12 derivações com interpretação | Incisão e drenagem de quisto sebáceo |
| Sutura ferida cutânea | |
| Toque rectal | |

Cada caso é avaliado inicialmente por residentes R1 e discutido posteriormente com o residente R2 de plantão. Se em alguns dias acompanhava o R2 e observava um grande volume de casos, noutras alturas acompanhei o R1 ou avalei o doente sozinha, dependendo das oportunidades que surgiam. A colheita de dados de casos clínicos com o intuito de exemplificar algumas das patologias mais frequentes neste hospital nem sempre foi fácil. Assim, selecionei alguns casos observados, não tanto pela sua particularidade mas antes porque foram aqueles em que pude ter acesso a dados mais completos do doente, ou uma intervenção maior. Ainda assim em alguns deles não foi possível apresentar toda a informação, e aponto alguns factores, tais como, lapso nos registos após a alta do doente, impossibilidade de aceder aos registos porque consistem numa pequena folha que passa por vários profissionais de saúde, impedimento de acompanhar o doente ao centro cirúrgico, limitação do número de casos por imposição dos alunos do 6º ano da UNIFESP, entre outros.

Casos Clínicos

Caso 2 (10/03/2011)

DTC, sexo masculino, 63 anos.

QP – Lombalgia

Doente com diagnóstico de HTA e DM tipo II, há um ano iniciou quadro agudo de obstrução urinária (oligúria, jacto intermitente e fraco), sendo avaliado por Urologia que diagnosticou aumento da próstata mas não realizou biopsia (sic). Há 5 meses colocou uma sonda vesical por progressão do quadro obstrutivo enquanto aguardava cirurgia, que realizou no mês anterior. Após a ressecção transuretral da lesão iniciou quadro de astenia, icterícia e equimoses de fácil aparecimento nos membros superiores.

Recorre ao PS por lombalgia intensa, contínua, sem irradiação, sem sintomas acompanhantes, sem alívio após analgesia (codeína 30mg). Este sintoma surgiu após a cirurgia, há cerca de 1 mês e o doente refere agravamento da dor.

Ao exame físico o doente demonstrava orientação no tempo e espaço, mas com sinais de desconforto. Mucosas e conjuntivas hipocoradas e hidratadas, escleróticas ictéricas, acianótico.

Apirético (T 35.1°C). Taquipnéico (FR 36 cpm), SatO₂ 96%, PA 90/60 mmHg, FC 96 bpm, glicemia 147 mg/dl. AP – MV presente bilateral, sem RA. AC – S1 e S2 presentes, rítmicos e normofonéticos, sem sopros. Abdómen mole e depressível, fígado palpável a 5-6 cm da grade costal, sem dor à palpação superficial e profunda. MS – Equimoses extensas nos dois membros.

HD - Carcinoma próstata com metastização hepática e óssea

Plano - Solução de morfina (4 mg) e soro fisiológico 0.9% (500 ml) endovenoso. Alta e orientação para a consulta externa do Serviço de Urologia do HSP.

O cancro da próstata é actualmente reconhecido como um dos principais problemas médicos enfrentados pela população masculina. Esta doença representa 9% de todas as mortes por cancro entre os homens. No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens com 52350 casos estimados em 2010. (INCA, 2009)

A Cochrane Collaboration, em revisão sistemática realizada em 2011, demonstra que os ensaios clínicos até o momento não apresentam evidências de que o rastreio do cancro da próstata tenha impacto na mortalidade pelo mesmo, além de não abordarem questões importantes como a qualidade de vida e o custo (Ilic *et al*, 2011). Assim, o Instituto Nacional de Câncer considera que não há lugar para o rastreio organizado de cancro da próstata e recomenda que, quando os exames de rastreio são requisitados pelo paciente, os médicos devem esclarecer sobre os riscos e benefícios associados a esta prática.

Até que haja metástases ou esteja localmente avançado, o cancro da próstata não causa sintomas. A maioria dos casos é diagnosticada pelo aumento do valor de antigénio específico da próstata (PSA) ou toque rectal da próstata anormal. Aproximadamente 25% dos doentes com PSA superior a 4 ng/ml e cerca de 50% daqueles que reúnam aumento do PSA e toque rectal anormal terão alterações na biopsia. Apesar da controvérsia em torno do rastreio deste cancro, é de salientar que a maioria dos casos detectados em resultado de aumento do PSA ou alteração no toque rectal são clinicamente significativos e devem ser tratados em homens com esperança de vida superior a 10 anos. O diagnóstico é feito por biopsia que vai permitir a classificação a partir do sistema de Gleason que descreve padrões de crescimento tumoral (grau 1-5). O estadiamento é mais comum através do sistema TNM. Os locais mais comuns de metástases são os ossos e os gânglios linfáticos pélvicos. (Brunicardi *et al*, 2010)

O facto de o doente ser seguido em outro serviço e não ter consigo os exames realizados ou uma descrição da sua condição, dificulta a actuação do médico na situação de urgência. As informações colhidas junto da filha do doente foram a principal determinante na conduta do caso. Segundo a acompanhante, não foi realizada biopsia e após a cirurgia o doente teve alta do hospital em questão. Esta conduta não é, presumidamente, a mais correcta o que me levou a questionar se não é pertinente o pedido de informações junto da equipa responsável pelo doente.

Foi decidido o encaminhamento para a consulta externa de Urologia do HSP para melhor avaliação do caso. De acordo com a Sociedade Europeia de Urologia, o tratamento hormonal não deve ser negado a doentes com carcinoma avançado e sintomáticos. (Heidenreich *et al*, 2011)

Caso 3 (19/03/2011)

CM, sexo feminino, 65 anos.

QP - dor no flanco direito

Doente com antecedentes de HTA e DM tipo II recorre ao SU às 12h00 por dor no flanco direito que irradia para a região lombar, em cólica, de intensidade moderada a grave, com evolução de aproximadamente 10 horas, sem alívio com analgésicos (Buscopan® butilescopolamina). Associada a náuseas e episódio de vômito, pós-prandial, de conteúdo alimentar, sem hematemesa. Anorexia desde o jantar do dia anterior. Nega sintomas colestatícos. Nega febre. A doente refere um episódio semelhante no ano anterior que levou a internamento de 4 dias com diagnóstico de pancreatite aguda originada por litíase vesicular. Estava em lista de espera desde Dezembro de 2010 para realização de colecistectomia. (sic)

Ao exame físico apresentava-se orientada no tempo e espaço. Mucosas e conjuntivas coradas e hidratadas, escleróticas anictéricas, acianótica. Apirética (T 36.1°C). Eupnéica (FR 20 cpm), SatO₂ 97%, PA 120/70 mmHg, FC 80 bpm, glicemia 160 mg/dl. AP – MV presente bilateralmente, sem RA. AC – S1 e S2 presentes, rítmicos e normofonéticos, sem sopros. Abdómen flácido, doloroso à palpação superficial na zona periumbilical e epigástrica, sem organomegalias ou massas palpáveis. Murphy vesicular negativo.

HD - Colecistite; Pancreatite aguda; Colangite

Plano - Hemograma, ionograma, glicemia, ureia, creatinina, albumina, prova de hemólise, LDH, TGO e TGP, bilirrubinas, amílase e lípase; raio X abdominal; US abdominal; RM abdómen superior. Encaminhada para a sala de medicação IV com a seguinte prescrição: SF 0.9% (500ml); Tramal® tramadol (100mg); Plasil® metoclopramida (100mg); jejum.

Hemograma e Bioquímica sem alterações.

Raio X abdominal - sem sinais de cronicidade/calcificação pancreática, sem aerobilia, nem outras alterações significativas.

US abdominal – cálculos no interior da vesícula; paredes vias biliares 3.6mm; dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas; colédoco 5.2mm.

No dia seguinte, por volta das 15h, a doente subiu ao CC para a realização da colecistectomia laparoscópica, sendo acompanhada por outro interno do 6º ano que já estava destacado para assistir esta cirurgia.

Cálculos biliares são a patologia gastrointestinal que mais leva a hospitalização e frequentemente ocorrem em jovens com uma prevalência em relatórios de autópsia entre os 11 e 36%. Sexo feminino, obesidade, gravidez, alimentação rica em gorduras, doença de Crohn, ressecção ileal terminal, cirurgia gástrica, esferocitose hereditária, doença falciforme e talassemia estão associados ao risco aumentado de desenvolver cálculos.

A maioria dos pacientes permanece assintomática no entanto alguns desenvolvem complicações como, colecistite aguda, coledocolítase com ou sem colangite, pancreatite aguda, íleo biliar e carcinoma da vesícula biliar. A ultrassonografia é o melhor exame diagnóstico de imagem com uma sensibilidade e especificidade de 85% e 95%, respectivamente. A US é, na maioria das vezes, suficiente para avaliação da vesícula biliar neste contexto, no entanto foi solicitada uma RM abdominal superior. Este método de diagnóstico, reservado aos casos de dificuldades na realização da US ou avaliação da via biliar principal na suspeita de colangite ou presença de icterícia, apresenta limitações, como pouca sensibilidade nos casos de microlitíase, incapacidade de testar o sinal ecográfico de Murphy, menor especificidade e maior custo. (Oh *et al*, 2003)

Após estabelecido o diagnóstico a reposição de fluidos EV, antibioterapia e analgesia devem ser iniciados, conduta que não se verificou, uma vez que não foi instituído nenhum

antibiótico. A antibioterapia deveria cobrir aeróbios gram-negativos e anaeróbios, uma vez que mais de metade dos doentes com colecistite aguda revela culturas positivas. (Brunicardi *et al*, 2010)

A colecistectomia laparoscópica (CL) precoce diminui o número de dias de internamento e permite um retorno mais precoce do doente ao trabalho tendo assim impacto económico significativo. Idealmente a CL deve ser realizada nas primeiras 72 horas após o episódio agudo pois após este período as adesões e a inflamação crónica dificultam a dissecação e exposição das estruturas do triângulo de Calot. (Maduekwe *et al*, 2011) O maior receio na intervenção precoce é a lesão do ducto biliar, porém Gurusamy *et al*, 2010 afirmaram que apesar dos estudos observacionais sugerirem um grande número de lesões nas cirurgias precoces, nos ensaios clínicos randomizados são necessários diversos estudos para demonstrar uma grande diferença entre cirurgia precoce e tardia.

Caso 4 (23/03/2011)

ZTP, sexo feminino, 80 anos.

QP - dor no hipocôndrio direito

A paciente com antecedentes de HTA, DM tipo II e dislipidemia, inicia 5 dias antes, quadro de dor no hipocôndrio direito, em cólica, intermitente, de forte intensidade, sem irradiação, sem factores de agravamento, melhoria com o repouso. A dor associa-se a diminuição do apetite, náuseas e um episódio de lipotímia seguido de vómitos de conteúdo alimentar, sem hematemeses. Nega febre ou sintomas colestáticos.

Ao exame físico apresenta-se orientada no tempo e espaço. Mucosas e conjuntivas coradas e hidratadas, escleróticas anictéricas, acianótica. Febril (T 38.5°C). Eupnéica (FR 18cpm), SatO₂ 95%, PA 130/90mmHg, taquicárdica (FC 112bpm). AP – MV presente bilateralmente, sem RA. AC - S1 e S2 presentes, rítmicos, normofonéticos, sem sopros. Abdómen globoso, pouco distendido, doloroso à palpação superficial e profunda no hipocôndrio direito, sem massas ou organomegalias. Murphy vesicular negativo. Blumberg negativo.

HD - Colecistite; Pancreatite aguda; Colangite; infecção trato urinário

Plano – Algaliação; Hemograma; Creatinina; Ureia; Na⁺; K⁺; bilirrubinas; transaminases; FA; GGT; amílase; PCR; sedimento urinário; Raio X abdominal; US abdominal; colangio-RM; colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; internamento na sala de observação feminina com a seguinte prescrição:

- Dieta geral hipogordurosa
- SF 0.9% 500mL (12/12h)
- Buscopan® butilescopolamina simples 1 amp (8/8h)
- Ranitidina 50mg (8/8h)
- Metoclopramida 10mg (8/8h)
- Rocefin® ceftriaxona 1g (12/12h)
- Flagyl® metronidazol 500mg (8/8h)

Nos exames laboratoriais verificou-se aumento das aminotransferases (AST 99U/L; ALT 150 U/L; GGT 291 U/L) e do PCR (80 U/L). Bilirrubinas total e directa normais.

Sedimento urinário: leucócitos 109000 células/ml; hemácias 9000 células/ml; sem células epiteliais; sem dismorfismo eritrocitário.

Raio X abdominal sem alterações.

US abdominal: esteatose hepática moderada; colecistite crónica calculosa; vias biliares de paredes espessadas (4.3 mm); dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas; dilatação colédoco.

No dia 27/03/2011 ainda não tinha sido possível a realização da CPRE, o que condicionou a alta da doente com retorno mais tarde para completar a investigação.

A CPRE apresenta-se como escolha diagnóstica e potencialmente terapêutica nos casos de suspeita de cálculos no ducto biliar comum (presentes em 6 a 12% dos pacientes com colelitíase). Esta suspeita tem base na cólica biliar, na dilatação do colédoco e no aumento das transaminases num doente com cálculos na vesícula biliar, embora o valor dos exames laboratoriais não seja sensível ou específico para a presença de cálculo no ducto comum. A colangio-RM fornece detalhe anatómico excelente e tem sensibilidade e especificidade de 95 e 89%, respectivamente, na detecção de colangite. (Petrov *et al*, 2009)

Vários estudos sugerem que, comparativamente, a principal vantagem da colangio-RM em relação à CPRE diagnóstica diz respeito às taxas de complicações que variam entre 5 e 6% na CPRE. No entanto este método invasivo tem o potencial de permitir o tratamento imediato. Se os exames preliminares, US ou TAC, indicarem claramente a necessidade de CPRE terapêutica então a colangio-RM é, provavelmente, injustificada. (Kaltenthaler *et al*, 2006)

Caso 5 (18/03/2011)

FMM, sexo masculino, 44 anos.

QP - Ferida corto-contundente

O doente recorreu ao SU por ferida corto-contundente na região palmar do 2º dedo da mão direita com aproximadamente 3 cm de comprimento e maior profundidade no centro da ferida que nas extremidades. O doente refere que o corte resultou de um acidente de trabalho com uma faca. Quando questionado sobre vacinação anti-tetânica não soube especificar a situação. Sem outras queixas.

Foi realizada lavagem da ferida com soro fisiológico, avaliação neurológica, vascular e motora, anestesiou-se a borda da lesão com 5 ml de lidocaína 2% (20mg/mL) utilizando uma agulha hipodérmica, após campo e mãos devidamente esterilizados. Depois de verificar a ausência de corpos estranhos e de lesão no sistema flexor, foi realizada sutura com fio nylon 3.0.

Plano - Cefalexina PO 500mg durante 7 dias; aconselhado a procurar o Posto de Saúde para actualizar a vacinação e remoção dos pontos no prazo de uma semana.

Um pequeno segmento corporal apresenta uma grande complexidade estrutural. Até mesmo pequenos ferimentos podem produzir lesões tendinosas e nervosas. Em caso de ferimentos nas extremidades superiores deve sempre pesquisar-se lesões de outras estruturas incluindo nervos, tendões, vasos, assim como a presença de corpos estranhos. O mais importante nesta localização é avaliar o tendão do flexor profundo dos dedos, através da capacidade ou não de flexão da articulação interfalângica distal.

Esta foi uma das suturas que tive oportunidade de efectuar durante o estágio, constituindo uma mais-valia visto que é um procedimento que, até chegar a São Paulo, nunca tinha realizado.

Caso 6 (21/03/2011)

TY, sexo masculino, 68 anos.

QP - Dor abdominal intensa

Doente com antecedentes de HTA, DM tipo II, dislipidemia e doença cardíaca não especificada, recorreu ao SU por dor abdominal intensa, de localização difusa, sem irradiação, com evolução de cerca de 14 horas (surgiu cerca de 2 horas após o jantar na noite anterior), sem factores de alívio ou agravamento, associada a náuseas. Nega vómitos ou febre. Refere um episódio isolado de melena na madrugada anterior.

Ao exame físico mantinha-se orientado no tempo e espaço. Mucosas e conjuntivas hipercoradas e pouco hidratadas, escleróticas anictéricas, pupilas isofotorreactivas, acianótico. Sem sinais de irritação meníngea. Glasgow 15 (4+5+6). Apirético (T 36.3°C). Eupnéico (FR 23 cpm), PA 60/40 mmHg, FC 60 bpm. AP – MV presente bilateralmente, com roncos esparsos. AC – S1 e S2 presentes, rítmicos e normofonéticos, sem sopros. Abdómen semi-globoso, discretamente distendido, doloroso à palpação superficial e profunda, RHA diminuídos. Sinal de Blumberg positivo.

HD - abdómen agudo por isquemia mesentérica

Plano - Gasimetria arterial; Hemograma; Na⁺; K⁺; CK; CK-MB; Troponina I; FA; ECG; Interconsulta Cirurgia Vascular; SF 0.9% 1000mL.

Após localizar o pulso da artéria radial direita, procedeu-se à assepsia do local e introduziu-se a agulha hipodérmica colhendo depois o sangue arterial para uma seringa heparinizada. Os resultados da avaliação laboratorial foram consistentes com acidose metabólica compensada (pH 7.38, HCO₃⁻ 16.5 mEq/L; PCO₂ 28.1 mmHg) e anemia (Hb 8.2 g/dL).

ECG – foram colocados os eléctrodos sobre a pele do doente nas regiões pré-estabelecidas (extremidade superior, inferior e tórax), obtendo as 12 derivações electrocardiográficas. Observarmos o seguinte resultado: ritmo sinusal (frequência cardíaca 75 bpm; área eléctrica inactiva inferior (ondas Q > 0.04s nas derivações aVF, D2 e D3); sem outras alterações significativas.

A isquemia mesentérica aguda é uma emergência vascular potencialmente fatal (60 a 80%). Engloba um grupo de processos fisiopatológicos que apresentam um desfecho comum – necrose intestinal. Classifica-se em 4 tipos relativamente à etiologia: embolismo arterial (40 a 50%) com origem frequentemente cardíaca e acometimento da mesentérica superior; trombose arterial (25 a 30%) consequência de doença aterosclerótica severa; não-oclusiva (20%) com patogénese pouco esclarecida mas relacionada com baixo débito cardíaco; trombose venosa (10%). Geralmente os doentes surgem com início abrupto dos sintomas, como dor abdominal, náuseas, vómitos e urgência na defecação. Um alto grau de suspeição é necessário para estabelecer o diagnóstico nas primeiras 24h e diminuir a taxa de mortalidade. (Townsend, *et al* 2007)

As alterações nos resultados laboratoriais mais comuns são leucocitose e acidose metabólica com *anion gap* elevado. O Raio X abdominal e a TAC surgem com um papel complementar mas não diagnóstico, enquanto a angiografia, na ausência de indicação clínica para laparotomia de emergência, é o procedimento de escolha. Neste doente em que havia uma forte suspeita de etiologia vascular a conduta foi orientada nesse sentido, sendo requisitada uma interconsulta de cirurgia vascular e determinada a preparação pré-operatória necessária à laparotomia de emergência, uma vez que apresentava sinais peritoneais de possível enfarte intestinal. Assim, a abordagem cirúrgica das isquemias intestinais constitui-se, quase na totalidade das intervenções, na ressecção do segmento lesado e anastomose primária ou derivação intestinal (colostomia, ileostomia e eventualmente jejunostomia). Os grandes dilemas enfrentados pelo cirurgião geral nestas situações são, a garantia de vascularização dos segmentos intestinais restantes e, se a extensão de intestino remanescente é suficiente para não dar lugar a um síndrome de intestino curto. (Oldenburg *et al*, 2004)

Caso 7 (19/03/2011)

MJSC, sexo feminino, 81 anos

QP - Dor abdominal

Paciente com antecedentes de HTA e aneurisma da aorta torácica e abdominal recorreu ao SU por queixa de dor abdominal em região periumbilical e flanco esquerdo, em pontada, contínua, com irradiação para coluna tóraco-lombar, pouca melhora com tramadol, sem factores de piora. Referiu que esta é uma dor antiga (há cerca de 5 anos teve o primeiro episódio) mas nos últimos 6 meses notou um agravamento progressivo e no dia anterior a intensidade da dor aumentou consideravelmente o que a levou a procurar o SU. Há 3 dias refere um episódio de vomito de conteúdo alimentar, cerca de 2 horas após a refeição, sem hematemesa. Desde esse dia que apresenta queixa de diminuição do apetite.

Ao exame físico apresentava-se orientada no tempo e espaço. Mucosas e conjuntivas coradas e hidratadas, escleróticas anictéricas, acianótica. Apirética (T 35.7°C). Eupnéica (FR 20 cpm), PA (E) 120/80 PA (D) 120/85, FC 84 bpm (pulsos amplos e simétricos). AP – diminuição do MV no terço inferior do pulmão esquerdo, sem RA. AC - S1 e S2 presentes, rítmicos, normofonéticos, sem sopros. Abdómen doloroso à palpação superficial e profunda principalmente no flanco direito onde se denota uma massa pulsátil de aproximadamente 5 cm. Nas extremidades verifica-se perfusão diminuída mas sem lesões tróficas.

Sem alterações significativas nos exames laboratoriais.

Angio-TAC tóraco-abdominal: Enfisema centro-lobar difuso. Arco aórtico alargado com contornos irregulares apresentando os ramos supra-aórticos deslocados anterior e lateralmente para a direita. Arco aórtico de 42mm, no istmo com 35mm. O istmo apresenta imagem de adição em seus contornos, com massa perivascular não opacificada pelo contraste, com diâmetro máximo de 87mm. Presença de varias imagens de realce irregular no interior da massa indicando extravasamento do meio de contraste. Esta dilatação aneurismática determina a atelectasia do lobo pulmonar inferior esquerdo. Na transição tóraco-abdominal a aorta está tortuosa e acotovelada com diâmetro de 28mm. Outra dilatação com extensão de 50mm na aorta infra-renal, com paredes trombosadas, que se estende até próximo da bifurcação aorto-ilíaca, colo infra-renal mede 27mm de diâmetro. Diâmetro maior da dilatação aórtica abdominal com 65mm. Acentuada tortuosidade da aorta abdominal e ilíacas comuns. Ilíaca comum direita com 13mm e esquerda com 18mm.

HD – Dissecção aneurisma aorta

Plano - monitorização contínua; dois acessos endovenosos; algaliação; Interconsulta de Cirurgia Vascular.

A doente permaneceu na sala de trauma, em monitoramento, a aguardar vaga na UTI, para posterior acompanhamento pela cirurgia vascular.

Aneurisma da aorta é definido como uma dilatação permanente resultando num aumento de, pelo menos, 50% de diâmetro da artéria. As causas de aneurisma da aorta torácica incluem doença degenerativa da parede aórtica, dissecção aórtica, infecção e trauma. Para os aneurismas maiores que 6 cm de diâmetro as taxas anuais de complicações catastróficas como ruptura, dissecção ou morte são, respectivamente, 3.6%, 3.7%, 10.8%. Grandes aneurismas podem causar pressão nas estruturas adjacentes e originar sintomas como por exemplo rouquidão por paralisia das cordas vocais devido a compressão do nervo laríngeo recorrente esquerdo ou nervo vago, hipertensão pulmonar devida a pressão da artéria pulmonar, ou disfagia por compressão do esófago. (Brunicardi *et al*, 2010)

Os aneurismas da aorta estão mais frequentemente localizados na porção infra-renal, sendo uma patologia comum que afecta cerca de 1.7 milhões de pessoas nos EUA. A história natural consiste na expansão do aneurisma que varia de acordo com o tamanho do mesmo e, quanto maior o diâmetro, maior o risco de ruptura, a complicação mais comum e letal. Neste caso com um diâmetro maior de 65 mm a expansão está em torno dos 10% ao ano e corresponde a uma taxa de ruptura entre 10 e 20%. Muitos doentes (30%) surgem com uma dor crónica abdominal que irradia para as costas. Dor lombar severa na ausência de ruptura é descrita como resultado de erosão de um grande aneurisma na coluna ou inflamação. Esta apresentação significa iminente ruptura e requer avaliação urgente e tratamento. (Brunicardi *et al*, 2010)

Apesar das várias modalidades disponíveis, a angio-TAC ultrapassou largamente a angiografia convencional na avaliação de doença aórtica aneurismática e planeamento da intervenção cirúrgica. Estes doentes apresentam muitas vezes doença cardíaca, pulmonar ou renal concomitante tornando a determinação destas comorbilidades uma prioridade na estratificação do risco cirúrgico. No entanto, nos casos de ruptura e hipotensão a intervenção cirúrgica imediata está indicada. (Brewster *et al*, 2003)

Caso 8 (25/03/2011)

WLC, sexo masculino, 49 anos.

QP – Hematúria

Paciente hipertenso e diabético, há 19 dias com queixas de hematúria e retenção urinária, foi atendido noutra serviço onde fizeram irrigação vesical que resultou em melhoria do quadro e posterior alta. De regresso a casa os sintomas voltaram (só conseguia urinar na posição deitada mas sem hematúria). Três dias antes deste internamento regressa a hematúria e a retenção mas nega disúria.

Terminou o tratamento de 14 dias com ciprofloxacina dois dias antes do internamento. Em medicação crónica com losartan, nifedipina e glibenclamida.

Ao exame físico apresenta-se orientado no tempo e espaço. Mucosas e conjuntivas coradas e hidratadas, escleróticas anictéricas, acianótico. Apirético (T 36.2°C). Eupnéico (FR 16 cpm), SatO₂ 97%, PA 165/98 mmHg, FC 92 bpm. AP – MV presente bilateral sem RA. AC – S1 e S2 presentes, rítmicos e normofonéticos, sem sopros. Abdómen flácido, sem organomegalias ou massas palpáveis, indolor, RHA presentes.

HD - Neoplasia renal

Plano - Hemograma; Na⁺; K⁺; Creatinina; Ureia; TP; TTPA; RNI; RM abdominal superior; pedida vaga na enfermaria de Urologia; internamento na sala de observação masculina com a seguinte prescrição:

- Jejum
- SG 500mL + NaCl 20% 20mL + KCl 19.1% 7mL (6/6h)
- SF 0.9% (12/12h)
- Ranitidina 50mg (8/8h)
- Dipirona 1g (6/6h)
- Plasil® 10mg (6/6h)

- Losartan 50mg PO (12/12h)
- Nifedipina 20mg PO (12/12h)
- Propanolol 40mg PO (12/12h)

Os exames laboratoriais vieram sem alterações.

Após 2 dias de internamento, a aguardar vaga na enfermaria de Urologia e realização da RM abdominal superior, foi diagnosticada neoplasia renal direita (ainda não estava disponível o relatório do exame mas foi comunicado verbalmente a existência de uma massa sólida no pólo inferior do rim direito com contornos irregulares). O paciente teve alta (28/03/2011) com orientação para retornar à consulta externa de Urologia no dia 06/04/2011.

O carcinoma renal no Brasil tem uma incidência de 7 a 10 casos por 100000 habitantes nas áreas mais industrializadas. O carcinoma de células renais, originado no córtex renal, é responsável por 80 a 85% da totalidade de carcinomas renais primários. O diagnóstico diferencial de hematúria inclui malignidade, infecção, cálculos e trauma. Os cancros do rim e bexiga normalmente apresentam-se como hematúria indolor. As alterações laboratoriais mais comuns são: elevação da VHS, hipercalcemia, hemoglobina <10 em mulheres e <12 em homens, eritrocitose, trombocitose e fosfatase alcalina elevada. (Brunicardi *et al*, 2010)

Pacientes com suspeita devem ser avaliados por meio de US ou TAC, reservando a RM para casos em que não seja possível aplicar a TAC (insuficiência renal, alergia ao contraste ou rim único) ou permaneçam dúvidas após este exame. Uma massa sólida no rim tem 90% de hipótese de ser carcinoma de células renais. (Wunsch-Filho, 2002)

CONCLUSÃO

No comentário a este estágio considero que foi uma experiência muito positiva, de grande importância para a minha formação. Foi um mês muito intenso mas, sem dúvida, igualmente gratificante. Apesar de, previamente, apenas ter passado umas poucas horas num SU sempre tive interesse por aumentar a minha experiência no âmbito da medicina de urgência. E, indubitavelmente, consegui esse propósito em São Paulo. No fim, ficou a sensação que gostaria de passar mais tempo lá, a variedade de situações passíveis de se encontrar num serviço como este fazem com que o tempo seja escasso para absorver tudo.

Senti que, apesar de nos serem transmitidos os ensinamentos necessários sobre cirurgia clínica, no que se refere a procedimentos os alunos da UNIFESP têm uma preparação muito mais completa. Apesar de entender o modelo de ensino português, que visa formar clínicos gerais, para um aluno que sinta interesse pelas áreas cirúrgicas esta curiosidade não é estimulada. Penso que este foi um dos meus erros, se me tivesse preparado melhor em termos teóricos sobre procedimentos sentiria maior vontade na hora de realizar os procedimentos e teria solicitado mais essas oportunidades. O grau de exigência imposto aos alunos da UNIFESP, nomeadamente a excessiva carga horária, faz com que parte deles se sintam em constante competição. Por algumas vezes os alunos questionaram a legitimidade da minha presença no PS, sendo todos os casos passíveis de serem atendidos por internos feitos prioritariamente por eles, restando-me as fases em que eles não estavam presentes para ter oportunidade de praticar, sendo este um importante factor limitante no âmbito deste estágio.

Tinha considerado de grande interesse a permanência na sala de trauma, até porque os acidentes e a violência influenciam marcadamente a saúde dos brasileiros, no entanto tal não foi possível porque no mesmo período em que eu estava nas urgências também se encontravam lá alunos do 6º ano que tinham prioridade sobre mim, em particular, num espaço de trabalho tão restrito onde várias pessoas podem condicionar o trabalho dos profissionais.

Apesar das dificuldades encontradas, este estágio proporcionou-me a oportunidade de participar de uma forma mais activa na execução de procedimentos cirúrgicos no âmbito do serviço de urgência e até mesmo uma participação como instrumentista numa cirurgia para tratamento de hérnia inguinal que, pela proximidade do campo cirúrgico e função, me possibilitou uma maior compreensão das diferentes fases de uma cirurgia.

Um dos objectivos deste trabalho foi a confrontação dos cenários de saúde português e brasileiro. Apesar de esperar uma maior discrepância entre as patologias de cada país, constatei que as principais causas de procura de cuidados cirúrgicos não diferem muito.

No entanto, o propósito de contactar mais com a rotina de um cirurgião foi alcançado e percebi que a cirurgia é uma área muito diversa, por vezes frustrante, muito objectiva e exigente, mas que desperta em mim um fascínio e uma curiosidade muito grandes.

BIBLIOGRAFIA

Barata LRB, Bittar OJ, Magalhães A, Alves S, Carvalho E. Comparação de grupos hospitalares no estado de São Paulo. *RAS* 2009; 11: 8-15.

Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G, Miceli R, Piano C and Gennari L. Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: five year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. Italian Gastrointestinal Tumor Study Group. *Ann Surg* 1999; 230: 170–178.

Brewster DC, Cronenwett JL, et al: Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. *J Vasc Sur* 2003; 37: 1106-17.

Brunicardi et al. 2010 Schwartz' Principles of Surgery. 9ª Edition, McGrawHill

Ferreira MP, Barreiro JIF, Silva ZP. Planejamento Regional: Caracterização do acesso da população de São Paulo à saúde. *Cadernos FUNDAP* 2009; 2: 1-5.

Foukakis T, Lundell L, Gubanski M, Lind PA. Advances in treatment of patients with gastric adenocarcinoma. *Acta Oncologica* 2007; 46: 277-285.

Frossard JL, Morel PM. Detection and management of bile duct stones. *Gastrointestinal Endoscopy* 2010; 72: 808-816.

Gurusamy K, Samray K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials of the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *British Journal of Surgery* 2010; 97: 141-150.

Heidenreich A(chairman), Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N, Schmid HP, van der Kwast TH, Wiegel T, Zattoni F. Guidelines on Prostatic Cancer. European Association of Urology 2011.

<http://cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/gastric/HealthProfessional> (Consultado em 13 de Junho de 2011)

Ilic, D., O'Connor, D., Green, S. and Wilt, T. J. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. *BJU International* 2011; 107: 882–891

Jacobs BL, Lee CT, Montie JE. Bladder Cancer in 2010: How far have we come?. *CA Cancer J Clin* 2010; 60: 244-272.

Kaltenthaler E, Walters S, Chilcott J, Blakeborough A, Vergel Y, Thomas S. MRCP compared to diagnostic ERCP for diagnosis when biliary obstruction is suspected: a systematic review. *BMC Medical Imaging* 2006;

Lau H, Lo CY, Patil NG, Yuen WK. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Surg Endosc* 2006; 20: 82-87.

Maduekwe UN, Yoon SS. An evidence-Based Review of the surgical treatment of gastric adenocarcinoma. *J Gastrointest Surg* 2011; 15: 730-741.

Manual de apoio aos gestores do SUS – Organização da rede de laboratórios clínicos. Brasília/Ministério Saúde 2001.

Montesani C, D'Amato A, Santella S, et al. Billroth I versus Billroth II versus Y-en-Roux after subtotal gastrectomy. Prospective Randomized Study. *Hepatogastroenterology* 2002; 49: 1469-73.

Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo indicadores e análises/ Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. – São Paulo: FUNDAP, 2010.

Oh KY, Gilfeather M, Kennedy A, Glastonbury C, Green D, Brant W, Yoon HC. Limited abdominal MRI in the evaluation of acute right upper quadrant pain. *Abdom Imaging* 2003; 28:643– 651.

Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger CD. Acute mesenteric ischemia: a clinical review. *Arch Inter Med* 2004; 164: 1054-62.

Petrov MS, Savides TJ. Systematic review of endoscopic ultrasonography versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography for suspected choledocholithiasis. *British Journal of Surgery* 2009; 96: 967-974.

Sengelov L, Kamby C, von der Maase H. Metastatic urothelial cancer: evaluation of prognostic factors and change in prognosis during the last twenty years. *Eur Urol* 2001; 39: 634-42.

Stenzl A, Witjes JA, Cowan NC, De Santis M, Kuczyk M, Lebet T, Merseburger AS, Ribal MJ, Sherif A. Guidelines on Bladder Cancer Muscle-Invasive and Metastatic. European Association of Urology 2011.

Townsend CM, et al. 2007 Sabiston – Textbook of Surgery. 18th Edition, Saunders

Wunsch-Filho V. Insights on diagnosis, prognosis and screening of renal cell carcinoma. Sao Paulo Med J 2002; 120: 163-164.

www.ibge.gov.br (Consultado em 12 de Junho de 2011)

www.idisa.org.br (Consultado em 3 de Junho de 2011)

www.observasaude.sp.gov.br (Consultado em 25 de Maio de 2011)

www.portaldasaude.pt Relatório Resumo dos Indicadores no País em relação ao 1º Semestre de 2010 (Consultado em 25 de Maio de 2011)

www.who.int/countries/bra/ (Consultado em 25 de Maio de 2011)

ANEXOS

Anexo 1 - Declaração de permanência no serviço de Cirurgia do Hospital São Paulo



Universidade Federal de São Paulo

Escola Paulista de Medicina

Departamento de Cirurgia

Prof. Dr. João Nelson R. Branco
Chefe Departamento de Cirurgia UNIFESP

Prof. Dr. Cássio Andreoni Ribeiro
Vice-Chefe Departamento de Cirurgia UNIFESP

São Paulo, 27 de Maio de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaro que a aluna Cátia Denise Ferreira Rodrigues (Cartão de Cidadão Número: 12919029) do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, freqüentou e participou de atividades diversas do Departamento de Cirurgia da UNIFESP – EPM e do Hospital São Paulo, entre 01 de Março a 02 de Abril de 2011, por um período superior a 80 horas.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Alfredo Gagnani Filho
Coord. da Comiss. de Mobilidade Acadêmica



Prof. Dr. José Carlos C. Baptista da Silva
Supervisor. da Comiss. de Mobilidade Acadêmica



Prof. Dr. João Nelson R. Branco
Chefe do Departamento de Cirurgia UNIFESP-EPM