

Sala de Emergência



Jornal da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência

Edição 14 - Julho e Agosto de 2011

Abramurgem debaterá tópicos de Medicina de Urgência e Emergência durante o 11º Congresso Brasileiro de Clínica Médica



2010 - I Congresso Internacional da Abramurgem, que reuniu 700 pessoas em São Paulo

Avaliação Clínica Pré-Operatória”, “Comas no Pronto Atendimento”, “Doenças Prevalentes dos Adolescentes”, “Sangramento Intestinal de Origem Obscura”, “Trombose Venosa Profunda – Síndrome Pós-Trombótica”, entre outros. As palestras e mesas redondas estarão distribuídas durante a programação do 11º Congresso Brasileiro de Clínica Médica.

O evento já conta com mais de 3.500 inscritos e conta com a participação de importantes convidados internacionais como a Dra. Tanveer P. Mir, do Long Island Jewish Medical Center (USA), a Dra. Virginia L. Hood, da Universidade de Vermont (USA) e a Dra. Prathibha Varkey, do Departamento de Medicina Preventiva, Ocupacional e Aeroespacial da Mayo Clinic de Minnesota (USA).

Para saber mais, basta acessar o site
www.congressosbcm2011.com.br

De 26 a 29 de outubro a Abramurgem irá realizar, na cidade de Curitiba (PR), durante o 11º Congresso Brasileiro de Clínica Médica debates que irão abordar uma série de temas de interesse dos profissionais que atuam nos pronto-socorros e salas de emergência, como “Emergências Cardiovasculares”, “Emergências Endocrinológicas”, “Acidentes Vasculares Encefálicos”, “Paciente de Alto Risco na

2011º Congresso Brasileiro de Clínica Médica

Regional do Paraná organiza cerimônia de fundação

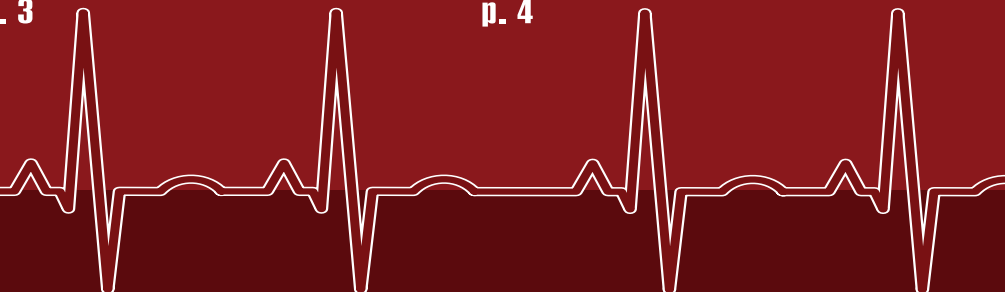
Durante o 11º Congresso Brasileiro de Clínica Médica, que acontece de 26 a 29 de outubro no Expo-Unimed, em Curitiba (PR), a Abramurgem Regional-PR irá realizar sua solenidade de inauguração oficial. A entidade é presidida pelo Dr. Francisco Luiz Gomide Mafrá Magalhães, preceptor do Centro de Terapia Semi-Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e médico chefe de plantão da Unidade de Urgência e Emergência Adulto. Também é preceptor da Enfermaria de Clínica Médica da Santa Casa de Curitiba da Pontifícia Universidade Católica. Durante o congresso, a Abramurgem Regional-PR irá promover, como parte das atividades pré-congresso, um curso interativo de Medicina de Urgência.

Patrocínio Platinum
achē

EDITORIAL - Conduta em relação ao suposto erro médico
p. 2

Sérgio Timerman fala sobre as novas diretrizes para o uso da hipotermia no tratamento da parada cardíaca
p. 3

COMO DIAGNOSTICAR E QUAL A MELHOR CONDUTA - avaliação pulmonar pré-operatória em cirurgias de urgência
p. 4



EDITORIAL

Alerta- Suposto Erro Médico

Quando se trata de “erro médico”, os profissionais da Medicina estão sujeitos a responder em dois tribunais, na Justiça Comum, por responsabilidade civil e penal, e no Conselho de Medicina.

O Conselho de Medicina, órgão que fiscaliza a profissão, pode iniciar um processo ético a partir de denúncia formulada por um conselheiro, pelo próprio doente ou, ainda, através da Comissão de Ética Médica. É, então, instaurada

uma sindicância e avaliada a existência de elementos suficientes para abertura um processo ético-profissional. Uma vez aberto o processo, este terminará com absolvição ou condenação do médico acusado. Conforme a gravidade do “erro médico”, as condenações variam: advertência confidencial, censura confidencial, censura pública, suspensão de até 30 dias e cassação do diploma médico.

A Abramurgem entende que o julgamento do Conselho de Medicina é justo e a pena imposta ao réu é isenta de qualquer outro sentimento, senão o da justiça. Nesta situação, estão envolvidos médicos competentes (juízes) que possuem discernimento claro entre o que é erro médico verdadeiro e o chamado erro profissional (complicações, resposta inesperada do organismo etc.).

No processo criminal, é na delegacia que tudo começa. É realizado um boletim de ocorrência e, a partir daí, o inquérito policial. Caso haja indícios de crime, o julgamento se fará na Justiça Criminal, sob o manto do Código Penal. Nesta situação, o acusador será o promotor público e, havendo culpa, as condenações possíveis serão penas privativas de liberdade, prestação de serviço à comunidade e multas.

A Abramurgem acredita que, muito embora alguns julgamen-

tos podem ser falhos em decorrência da definição correta do que seja realmente um “erro médico”, não teme este tribunal. São poucas as ocorrências e a experiência tem mostrado que os casos que beiram à criminalidade são aqueles que aqui encontram guarida.

No processo civil, o advogado do autor (doente) é o acusador. Em se constatando “erro médico”, o advogado requer indenização por danos morais e materiais. Os Códigos Civil e do Consumidor são invocados para nortear este julgamento. No caso de culpa, fica a critério do juiz estabelecer um montante em dinheiro que o réu deverá pagar ao autor.

Neste fórum, muito há que se temer. Inicialmente é importante ressaltar que a pena a ser aplicada é o pagamento de uma quantia em dinheiro. Este fato é um grande incentivador de processos. Tanto o doente, como o seu advogado, (não todos) acreditam que ficarão ricos. Normalmente o autor consegue a chamada “justiça gratuita” e, com este instrumento, o doente pede valores altos, porque nada tem a perder. Se ganhar o processo, leva uma soma razoável de dinheiro. O julgador, via de regra, considera o doente (acusador) hipossuficiente e vítima, o que, de certa forma, deixa o médico em desvantagem.

Não bastassem estes fatos, há ainda que se discutir sobre a definição de “erro médico”. O doente afirma que o médico errou, o advogado procura por todos os meios provar estes “erros” e o juiz, como se comporta? A infeliz verdade é reconhecer que o julgador não estudou Medicina e, pior do que isto, não sabe diferenciar um “erro verdadeiro” de um “erro profissional”. Como então julgar?

A problemática da caracterização do erro em Medicina não se restringe às fronteiras da Ciência, mas as extravasa para o domínio da arte e do imponderável.

A Abramurgem não está inerte a estes fatos e vem trabalhando junto às instituições competentes com o objetivo de resgatar estas verdades.

Roberto Saad Jr.
Presidente da Abramurgem

Abramurgem lança curso de atualização à distância

A Abramurgem, em parceria com a Editora Atheneu e a Intereinsino, prepara-se para lançar novos cursos de atualização à distância. A iniciativa visa promover a atualização científica a profissionais de todo o Brasil, otimizando recursos e democratizando o acesso à informação científica de qualidade.

O curso trará temas atuais e relevantes ligados à Medicina de

Urgência e Emergência formulados com tecnologia e metodologia inovadoras no escopo do e-learning brasileiro. O projeto deve ser lançado dentro de poucos meses.

Mais informações em breve no site www.abramurgem.org.br



O jornal Sala de Emergência é uma publicação da Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência.

EXPEDIENTE — Sala de Emergência - Edição 14

Endereço:
Rua Botucatu, 572, Cj. 114 - Vila Clementino
São Paulo - SP - 04023-061
www.abramurgem.org.br - imprensa@abramurgem.org.br

Presidente: Roberto Saad Jr.
Diretor de Comunicação: Marcio Botter
Impressão e fotolito: Gráfica Igupe

Diagramação: Luis Marcelo Nascimento

Jornalista Responsável:
Ana Elisa Novo (MTB-41871/SP)

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da Abramurgem.

Ex-Presidente da Abramurgem participa de curso sobre Emergências Clínico-Cirúrgicas



Prof. Dr. Antonio Carlos Lopes, Ex-Presidente da Abramurgem, ministra aula magna durante XXVI Curso de Emergências Clínico-Cirúrgicas



Cerimônia de abertura: Prof. Dr. Antonio Carlos Lopes e Prof. Dr. Ricardo Nogueira, Coordenador Geral do XXVI Curso de Emergências Clínico-Cirúrgicas

O Prof. Dr. Antonio Carlos Lopes, Ex-Presidente da Abramurgem e Presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, foi convidado de honra do XXVI Curso de Emergências Clínico-Cirúrgicas de Alagoas, que acontece de 12 a 31 de agosto na Casa da Palavra de Maceió. Lopes participou da abertura do evento e ministrou duas conferências magnas com os temas "Cardiopatas" e "Ortotanásia". Ao final dos trabalhos do dia, o eminente professor recebeu uma placa de homenagem ofertada pelos inestimáveis serviços prestados à Medicina brasileira.

O Curso de Emergências Clínico-Cirúrgicas é realizado desde 1985 e constitui um dos eventos médicos mais tradicionais do nordeste, por onde já passaram mais de 4.500 participantes. O objetivo é treinar e atualizar os médicos a fim de prepará-los para atuar nos pronto-socorros e salas de emergência em todo o país.

Associe-se
www.abramurgem.org.br

ENTREVISTA

Brasil publica diretrizes para o uso da hipotermia no tratamento de pacientes em parada cardíaca

Desde a publicação das diretrizes internacionais sobre o uso da hipotermia terapêutica no tratamento de pacientes em parada cardíaca, realizada em outubro de 2010 pela Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (Ilcor), cardiologistas brasileiros estão preparando um documento nacional que vai servir de guia para a utilização desta nova técnica nos hospitais do Brasil.

O procedimento consiste em resfriar a temperatura do paciente a 32°C durante 24 horas (a temperatura média do corpo humano é de cerca de 36,5 °C). O paciente recebe bolsas de gelo na região do pescoço, das axilas e do abdome, além de soro gelado na veia. O objetivo é evitar sequelas neurológicas que podem ocorrer após um quadro de parada cardíaca.

A previsão é de que este guia brasileiro seja publicado agora no mês de setembro. O jornal Sala de Emergência conversou com o Prof. Dr. Sérgio Timerman, que é presidente da Abramurgem Regional-SP, diretor do Laboratório de Treinamento em Emergências Cardiovasculares do Instituto do Coração (Incor) e responsável pelo texto das Diretrizes Brasileiras sobre este novo avanço da ciência para o tratamento da parada cardíaca.

SE - Em que consiste a técnica do uso da hipotermia terapêutica no tratamento de pacientes em parada cardíaca?

Sergio Timerman - Existem diversas técnicas testadas para resfriamento do corpo e, até o momento, nenhuma delas mostrou possuir maior vantagem que a outra. São elas: circulação extracorpórea, infusões geladas na artéria carótida, bolsas de gelo, capa contendo soluções geladas, cateter resfriado, lavagem nasal, lavagem gástrica, lavagem vesical, lavagem peritoneal, lavagem pleural, infusão de líquido gelado, manta com circulação de ar gelado.

O objetivo é levar o paciente ao resfriamento ideal, do modo mais rápido e prático possível, sem provocar lesões. O segredo é a manutenção da temperatura. A recomendação do Consenso da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR), e das Diretrizes Brasileiras, é a aplicação desta técnica nos pacientes adultos que retornam inconscientes após uma parada cardíaca em fibrilação ventricular, devendo ser resfriados a temperaturas que variam de 32 a 34 graus por um período de 12 a 24 horas. Este resfriamento pode ser benéfico também para pacientes com paradas cardíacas em outros ritmos.

Alguns fatores ainda estão sendo estudados e deverão ser importantes nas diretrizes subsequentes. Eles irão responder às seguintes dúvidas: será que as medidas para resfriamento deveriam começar já durante a ressuscitação cardiopulmonar? Qual a temperatura ideal em que deve ser mantido o paciente? Por quanto tempo os pacientes devem ser mantidos resfriados para obtenção máxima de benefícios com mínimos riscos? Qual a forma mais rápida de resfriamento e que permite boa segurança? A que velocidade estes pacientes devem ser reaquecidos?

O que sabemos com certeza é que se trata de uma terapêutica eficaz e que seu uso traz comprovadamente inúmeros benefícios.



Prof. Dr. Sérgio Timerman, presidente da Abramurgem Regional-SP, diretor do Laboratório de Treinamento em Emergências Cardiovasculares do Instituto do Coração (Incor) e responsável pelo texto das Diretrizes Brasileiras

Curso de Simulação em Medicina de Urgência e Emergência acontece em dezembro



Estão abertas as inscrições para o Simurgem, Curso de Simulação em Medicina de Urgência e Emergência, que será realizado dias 03 e 04 de dezembro de 2011 no Centro de Ensino Treinamento e Simulação do Hospital do Coração, em São Paulo.

Promovido pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica e com apoio da Abramurgem, o curso aborda, de maneira interativa e prática, temas como Vias Aéreas e Ventilação, Ressuscitação Cardiopulmonar, Radiologia na Emergência, Triage e Atendimento Inicial ao Politraumatizado, Emergências Neurológicas, Distúrbios Hidroeletrólitos, Emergências Respiratórias, Hemorragia Digestiva, Sepse e Estados de Choque, Emergências Endocrinológicas, Arritmias, Síndromes Coronárias Agudas, Crise Hipertensiva, Acessos Venosos Guiados por USG, Anafilaxia e Intoxicações, Emergências Psiquiátricas e Gerenciamento de Conflitos em Medicina de Urgência e Emergência Através das Ferramentas de Simulação.

Inscriva-se através do site www.sbcm.org.br/simurgem

QUAL A MELHOR CONDUTA

Na avaliação pulmonar pré-operatória em cirurgias de urgência

Os objetivos da avaliação pré-operatória pulmonar são identificar doenças ou condições que possam contribuir para o desenvolvimento de uma ou mais complicações pulmonares pós-operatórias (CPP) e instituir medidas profiláticas para reduzir este risco. Em cirurgias de urgência, o benefício integral desta avaliação fica comprometido, mas, por outro lado, a elaboração de um plano de ação agressivo e de início imediato pode fazer toda a diferença na evolução pós-operatória. São designadas como CCP as infecções pulmonares, atelectasias com repercussão clínica, ventilação mecânica por mais de 48 horas, insuficiência respiratória aguda, broncoespasmo e exacerbação de qualquer doença pulmonar crônica, que ocorra até 30 dias após o procedimento operatório.

A avaliação pulmonar é realizada quase que integralmente com a história clínica e o exame físico do doente, devendo-se questionar: frequência e intensidade dos sintomas pulmonares, exacerbações de doenças pulmonares crônicas, uso de medicações de manutenção e de resgate, número de visitas à emergência e internações hospitalares no último ano por causa pulmonar, necessidade de ventilação mecânica durante exacerbações pregressas, ocorrência de complicações pulmonares em procedimentos anteriores, exposição ocupacional e carga tabagística. Asma bem controlada não é um fator de risco para o desenvolvimento de CPP, ao passo que a DPOC mesmo estável tem maior risco, bem como portadores de doenças intersticiais pulmonares ou de hipertensão pulmonar. A partir de 50 anos de idade o risco aumenta e entre 70 e 79 anos o risco para desenvolver CPP quase quadruplica. O risco também está aumentado em doentes portadores de ASA igual ou maior que 2, com dependência total ou parcial para atividades da vida diária, com alteração sensorial, com inabilidade para subir dois andares de escada, etilistas ou que estejam recebendo cronicamente corticoterapia sistêmica. Apesar de todos estes marcadores de risco o sítio da cirurgia, ainda é o principal, sendo a incidência de CPP inversamente proporcional à distância entre a incisão cirúrgica e o diafragma.

O radiograma de tórax deve ser solicitado em doentes com idade superior a 50 anos e em portadores de doença cardiopulmonar. Dados obtidos com a espirometria não são superiores aos da história clínica e exame físico do doente e, por isso, fica restrito a doentes com pneumopatia crônica. O mesmo vale em relação à gasometria arterial. Eletrocardiograma e ecodopplercardiograma: devem ser solicitados em portadores de hipertensão arterial pulmonar. Presença de uréia acima de 30 mg/dL e albumina sérica menor que 3,0 mg/dL são preditores de risco de maior morbimortalidade.

O objetivo final da avaliação pré-operatória consiste em instituir medidas reconhecidamente capazes de diminuir o risco cirúrgico do doente que inclui: 1) abstinência tabagística 24 horas antes da cirurgia; 2) manter o doente no seu melhor estado funcional e, se houver evidência de exacerbação da pneumopatia de base, esta deve ser tratada prontamente com broncodilatadores, corticóides e antibióticos se infecciosos; 3) portadores de hiperreatividade brônquica, que serão submetidos à intubação orotraqueal devem receber corticoterapia sistêmica idealmente nos cinco dias que precedem o procedimento e, imediatamente antes do mesmo, inalação com beta2-agonista de curta ação e anticolinérgico em dose plena; 4) Administrar dose maior de corticoide no dia da cirurgia para evitar insuficiência adrenal em qualquer doente que tenha recebido 20mg ou mais de prednisona ou equivalente por mais de 3 semanas no último ano ou em quadro clínico de Cushing independente da dose utilizada e em doentes que utilizam corticoide inalatório por mais de 6 meses; 5) Iniciar profilaxia para tromboembolismo venoso em pacientes com indicação; 6) Iniciar fisioterapia respiratória nos pneumopatas.

Sonia Maria Faresin

Professora Afiliada da Disciplina de Pneumologia, Departamento de Medicina, Unifesp.

Doutora em Medicina Interna pela Disciplina de Pneumologia, EPM - Unifesp.