Revista CIPERJ

Associação de Cirurgia Pediátrica do Estado do Rio de Janeiro

Número I - Volume I - setembro de 2013

- PRINCÍPIOS DE CARDIOLOGIA PERINATAL PARA CIRURGIÕES
- O PROCESSO CONTRA MÉDICOS. QUAIS OS TRÂMITES USUAIS?
- ANOMALIA ANORRETAL BAIXA COM FÍSTULA PERINEAL TIPO ALÇA DE BALDE: RELATO DE CASO
- PANCREATITE CRÔNICA RECORRENTE NA INFÂNCIA TRATADA COM PANCREATOJEJUNOSTOMIA LATEROLATERAL EM Y DE ROUX
- MEMÓRIA CIPERJ: DR. FERNANDO JOSÉ GINEFRA
- INFORMES CIPERJ
- CURSOS E EVENTOS

Publicação oficial da Associação de Cirurgia Pediátrica do Estado do Rio de Janeiro

PEDIATRIA

RIOS D'OR HOSPITAL

Estrada dos Três Rios, 1.366,

Freguesia, Jacarepaguá

TEL: (21) 2448 3600

w w w . r i o s d o r . c o m . b r

UTI Pediátrica preparada para assistência à criança e ao adolescente que necessitem de tratamento intensivo, contando com equipamentos de última geração e uma equipe multidisciplinar (nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, enfermeiro e psicólogo).

Emergência 24h com 9 leitos de atendimento de repouso e sala de medicação com 6 leitos. Toda a infraestrutura em exames e diagnósticos por imagem no próprio hospital.

Centro cirúrgico composto por 6 salas, onde podem ser realizadas desde procedimentos simples até intervenções de alta complexidade.

Leitos de internação composta por 14 leitos decorados, espaçosos e equipados, além de quartos com berços para acolher os bebês.

Editorial

editor_revista@ciperj.org

DRA. LISIEUX EYER DE JESUS
Editora da **Revista CIPERJ**

Membro Titular da CIPE e do CBC. Integrante da Câmara Técnica de Cirurgia Pediátrica do CREMERJ. Presidente da CIPERJ. Universidade Federal Fluminense (UFF), Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HFSE).

NOSSO 1º NÚMERO

Este é um começo. O retrato de um ideal. O retrato de uma construção, ainda evoluindo.
Esta revista tem muitos significados. Ela quer dizer que nós acreditamos. Que nós achamos que podemos construir um futuro para os cirurgiões pediátricos do Rio de Janeiro. Que nós achamos que a comunidade de cirurgia pediátrica do Rio de Janeiro tem o que dizer, quer progredir, quer repensar conceitos. Que a comunidade de cirurgia pediátrica quer, precisa e pode criar um espaço para ter vez e voz.
A Revista da CIPERJ é nossa, uma construção coletiva, dinâmica e viva. Ela depende de nós, ela pode e deve mudar e crescer conosco.
Ela vem de um passado recente em que nós todos nos insurgimos contra a passividade, contra a crença de que não temos poder nem força, contra o fato consumado sobre nós. Ela mostra um presente em que reagimos. Reagimos apesar das regulações excessivas, dos salários minimizados, dos serviços descaracterizados. Ela é uma prova que nós somos, nós ainda somos, nós sempre seremos, apesar de tudo. Ela é uma prova de que nós vamos adiante, nadando contra a corrente se for preciso.
Ela nos simboliza, ela nos representa. E, sendo assim, ela vai ser cada vez melhor, porque nós vamos melhorar cada vez mais. Porque nós vamos continuar e construir um futuro, como cirurgiões pediátricos, como médicos e como cidadãos.
Parabéns à comunidade de cirurgiões pediátricos pela nova Revista. Nos ajudem, para que ela seja cada vez melhor.
Agradecemos, muitíssimo, a ajuda dos membros do comitê editorial, notadamente Dr Simônides Bacelar, que nos ajuda em dobro, com seu conhecimento de especialista em cirurgia pediátrica e em língua portuguesa.
Convidamos, desde já, a todos, para que nos enviem novos artigos para a edição número 2, prevista para o mês de março de 2014.
Grande abraço
Lisieux, Kleber, Sandoval, Marco, Júlio e todo o comitê editorial da revista.

A Revista CIPERJ é um instrumento de divulgação de trabalhos de interesses técnicos e geral dos cirurgiões pediátricos do Estado do Rio de Janeiro; de educação em Cirurgia Pediátrica aos especialistas, médicos trabalhando em campos correlatos e médicos em formação; e de divulgação de eventos e informativos da Associação de Cirurgia Pediátrica do Estado do Rio de Janeiro.

CONSELHO EDITORIAL

AROVEL OLIVEIRA MOURA JUNIOR

Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Hospital Federal da Lagoa

DOMINGOS BICA

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

IRNAK MARCELO BARBOSA

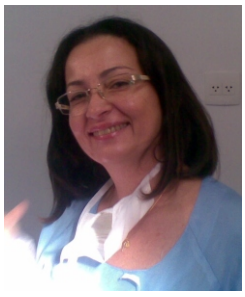
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Hospital Público de Macaé e Hospital Costa do Sol em Macaé

CARLOS MURILO GUEDES DE MELLO

Universidade Federal Fluminense (UFF)

JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA TÓRTORA

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

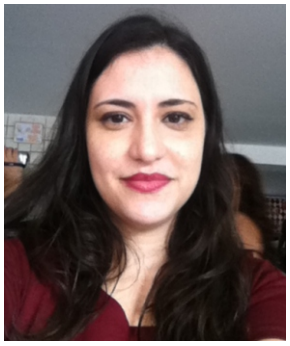


MARIA APARECIDA SIQUEIRA DE ANDRADE

Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Municipal Souza Aguiar

LAURA HELMAN

Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)



STELLA SABBATINI

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)

SIMÔNIDES DA SILVA BACELAR

Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FMUFBA) e Membro Titular da Academia de Medicina de Brasília

SAMUEL DEKERMACHER

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HFSE)

SÉRGIO REGO

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

IVENS BAKER MÉIO

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

ÍNDICE

3 EDITORIAL

4 CONSELHO EDITORIAL

5 ÍNDICE

6 PRINCÍPIOS DE CARDIOLOGIA PERINATAL PARA CIRURGIÕES

14 O PROCESSO CONTRA MÉDICOS. QUAIS OS TRÂMITES USUAIS?

18 ANOMALIA ANORRETAL BAIXA COM FÍSTULA PERINEAL TIPO ALÇA DE BALDE: RELATO DE CASO

22 PANCREATITE CRÔNICA RECORRENTE NA INFÂNCIA TRATADA COM PANCREATOJEJUNOSTOMIA LATEROLATERAL EM Y DE ROUX

25 INFORMES CIPERJ

26 MEMÓRIA CIPERJ: DR. FERNANDO JOSÉ GINEFRA

29 CURSOS E EVENTOS

30 EXPEDIENTE

PRINCÍPIOS DE CARDIOLOGIA PERINATAL PARA CIRURGIÕES

RESUMO O presente artigo apresenta de forma sucinta e objetiva as alterações fisiológicas, bem como as principais cardiopatias de manifestação no período neonatal, suas associações com malformações extracardíacas e síndrome genéticas. Além disso, Enfatiza a terapêutica de urgência e as implicações pré e per-operatórias em cirurgias extracardíacas nestes pacientes. O advento da ecocardiografia fetal trouxe a possibilidade de planejamento conjunto pra a estratificação das distintas necessidades cirúrgicas destes pacientes, favorecendo a agilidade nas abordagens terapêuticas.

Palavras chave; malformações cardíacas, cuidados pré operatórios e cuidados peri operatórios

ABSTRACTS This article aims to present a brief description of the physiological problems associated to the most frequent cardiac malformations that affect neonates, as well as their associated extra-cardiac dysmorphisms and genetic syndromes. We also emphasize treatment manoeuvers in urgent situations, pre and peri-operative care for these patients when in need of non-cardiac surgery. The usage of fetal echocardiography enables the medical team to plan for the different surgical needs of these children, making their treatment better organized and more efficient.

Key words; Cardiac Malformations, Pre-operative Care, Peri-operative care

AUTORES Aurea Lucia Alves de Azevedo Grippa de Souza 1, Ana Flávia Malheiros Torbey 1. 1 - Professora de cardiologia Pediátrica Departamento de Pediatria – Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA
Aurea Lucia Alves de Azevedo Grippa de Souza
E-mail: aureagrippa@id.uff.br.

Declaramos não haver conflitos de interesses pertinentes.
Esse trabalho não necessitou de subsídio financeiro.

INTRODUÇÃO

Cerca de 1 em cada 100 gestações apresenta uma malformação cardíaca fetal, desde a mais simples até as formas mais complexas de associações de defeitos. Alguns estudos relatam alta prevalência de anormalias extracardíacas e genéticas em portadores de cardiopatias documentadas por ultrassom trasfontanela (32-42%), abdominal (32-69%) e estudo genético (10-60%). Nas gestações com malformações múltiplas, cerca de 20-25% dos fetos evoluem para o abortamento espontâneo, porém a pequena parcela de nascidos-vivos com múltiplas malformações, entre 3-5%, perfazem o total de 15-20% das mortes pós-natais até 1 ano de idade no Brasil.

Os fatores que influenciam esta mortalidade estão relacionados a prevalência das

malformações, a sua forma de apresentação (múltiplas ou isoladas), a capacidade de diagnóstico precoce e a possibilidade de assistência médico-cirúrgica especializada.
O presente artigo tem por objetivo esclarecer as principais cardiopatias congênitas e as associações frequentes com outras malformações, fornecendo ferramentas para melhor entendimento do cirurgião acerca da complexidade, gravidade e dos fatores de risco implicados em cada situação.

CARDIOLOGIA FETAL

A vida intrauterina proporciona uma proteção fisiológica às lesões com shunts intracardíacos, como as comunicações interatriais (CIA) e interventriculares (CIV), a persistência do canal arterial (PCA) e os defeitos do septo atrioventricular (DSAV) PCA, DSAV) e também às lesões obstrutivas ao coração direito: estenose pulmonar(EP), atresia tricúspide (AT) e atresia pulmonar (AP) devido à ausência de fluxo pulmonar eficaz. Dessa forma, apesar da possibilidade diagnóstica da lesão anatômica, não se observará repercussão hemodinâmica no feto. Entretanto, a lesões com regurgitação valvar (displasia tricúspide, anomalia de Ebstein) e obstrutivas ao coração esquerdo: estenose aórtica (Eao), coarctação da aorta (CoAo), síndome de hipoplasia do coração esquerdo (SHCE) e interrupção do arco aórtico(IAAo) poderão evoluir com insuficiência cardíaca e alterações da perfusão tecidual cerebral, hepática e renal precoces, levando a isquemia e disfunção precoce destes órgãos.

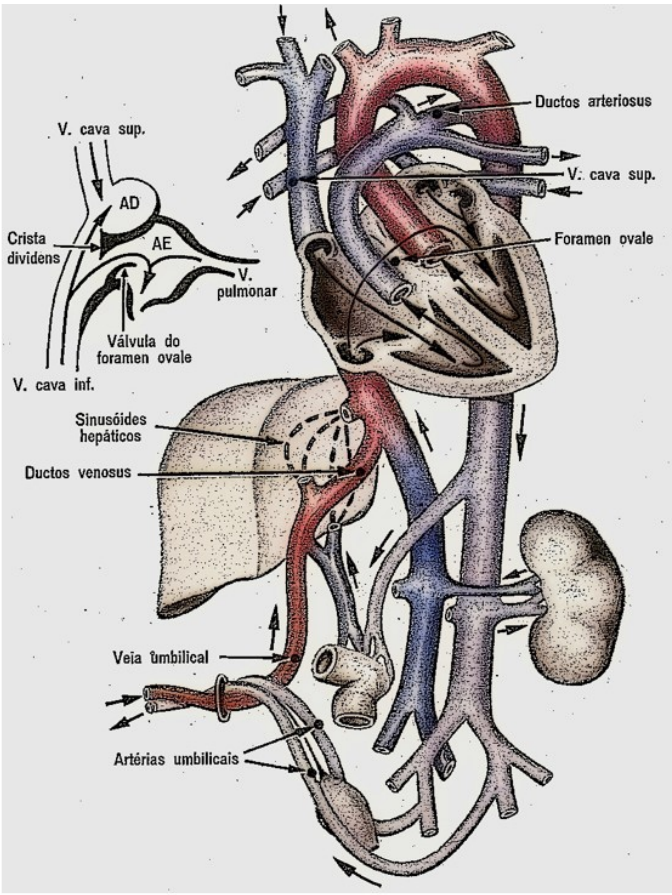


Figura 1: Representação da circulação fetal

ADAPTAÇÃO FISIOLÓGICA NEONATAL

Durante as primeiras 72 horas de vida, é esperado que a queda abrupta da resistência vascular pulmonar (RVP) e aumento da resistência vascular sistêmica ou periférica (RVS) promovam o fechamento dos orifícios anatômicos de adaptação à vida intrauterina: forame oval e ducto arterioso (figura 1). Todo esse processo é desencadeado pela elevação da PaO2 após os primeiros movimentos respiratórios, e pelo aumento e queda das pressões, respectivamente, nas cavidades esquerdas e direitas, promovendo a oclusão da membrana do forame oval e a constrição do ducto arterioso.

Há de se esperar, entretanto, que algumas situações possam promover retardo ou não ocorrência desse processo. Entre os principais fatores implicados está a prematuridade, asfixia perinatal, acidose metabólica, cardiopatias ducto dependentes, persistência da circulação fetal, entre outras.

A presença de persistência da circulação fetal (hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido) e de cardiopatia congênita poderão comprometer a estabilidade hemodinâmica destes pacientes que geram retardo na correção de malformações anatômicas extracardíacas que necessitam abordagem imediata. No quadro abaixo (tabela 1), correlacionamos algumas cardiopatias congênitas às possíveis síndromes clínicas e a associações com outras complicações cirúrgicas:

Tabela 1: Principais associações entre cardiopatias e malformações extra cardíacas.

Situação	Cardiopatia	Malformação ou complicação extra-cardíaca
Prematuridade	PCA	Enterocolite necrozante
Síndrome de Down (trissomia 21)	DSAV, CIV, CIA, PCA	Atresia duodenal, Doença de Hirshprung, má-rotação intestinal
Síndrome de Alagille	EP, AP	Atresia das vias biliares
Síndrome Fryns	CIV, CIA, cardiopatias complexas	Hérnia diafragmática, má-rotação intestinal
Síndrome de Patau (trissomia 13)	CIV, tetralogia de Fallot, cardiopatias complexas	Má-rotação intestinal, hidronefrose, onfalocele
CHARGE	CIV, CIA, AT, cardiopatias complexas	Microfalos, criptorquidia, atresia de coanas, coloboma
Síndrome de Edwards (Trissomia 18)	CIV, tetralogia de Fallot, cardiopatias complexas	Onfalocele, gastrosquize

Legendas: PCA – persistência do ducto arterial; DSAV – defeito do septo atrioventricular; CIV – comunicação interventricular; CIA – comunicação interatrial; EP – estenose pulmonar; AP – atresia pulmonar; cardiopatias complexas – associações entre 2 ou mais defeitos cardáicos. AT- atresia tricúspide.

PREMATURIDADE

A inabilidade das células em promover a constrição necessária à trombose e a fibrose do ducto arterioso constitui o principal mecanismo fisiopatológico da persistência do PCA nos prematuros. A repercussão hemodinâmica provocada pelos ductos de moderado a amplo calibre (acima de 1,5 mm) leva em última análise ao roubo de fluxo de regiões suscetíveis como cérebro, intestino e rins. O acentuado volume que retorna à circulação pulmonar através do canal gera um mecanismo de constante hiperfluxo e edema alveolar que geram a sintomatologia respiratória predominante nestes pacientes. As lesões isquêmicas importantes, a enterocolite necrozante (NEC) e a insuficiência renal, são temidas pelas suas elevadas morbidade e mortalidade. Em algumas coortes, cerca de trinta por cento dos pacientes prematuros que desenvolveram NEC apresentavam ducto arterioso amplo. A terapêutica medicamentosa com ibuprofeno ou indometacina é a opção inicial para o fechamento dos ductos com repercussão hemodinâmica determinado por parâmetros ecocardiográficos, salvo na presença de contraindicações formais, como

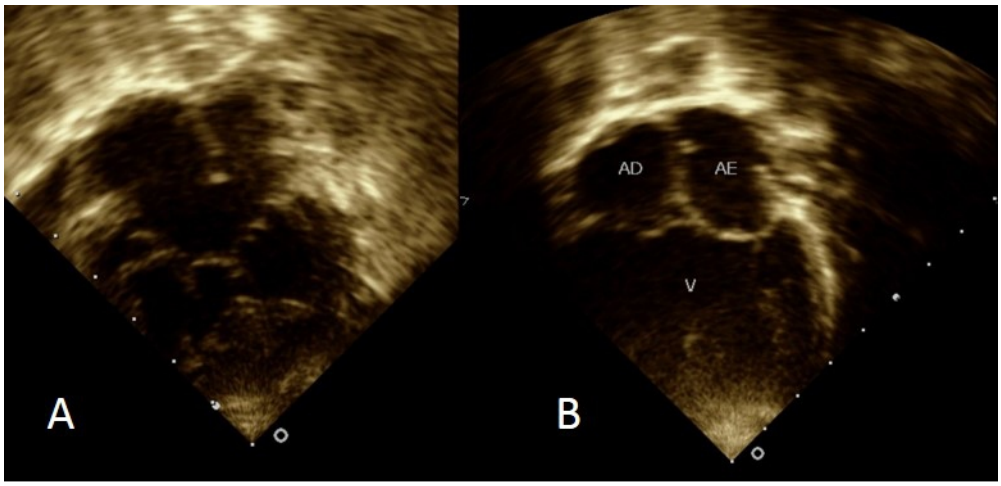


Figura 2: A- defeito do septo atrioventricular de forma total (cardiopatia de hiperfluxo); B- ventrículo único (cardiopatia de fisiologia mista)

insuficiência renal e hemorragia intracraniana.

ENTENDENDO AS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

Lesões de hiperfluxo pulmonar (PCA, CIA, CIV, DSAV) As cardiopatias de shunt esquerdo direito, de acordo com suas características anatômicas de forma, tamanho e localização podem se manifestar ainda no período neonatal. A magnitude de volume pulmonar circulante também estará regulada pela RVP, em queda nas 4-6 primeiras semanas de vida (figura 2A).

O fluxo pulmonar elevado, aumenta o risco destes pacientes cursarem com quadro clínico de insuficiência cardíaca (IC) e edema agudo pulmonar. Durante o período neonatal os sinais e sintomas da IC são inespecíficos e caracterizam-se por taquipneia, dispneia, estertores pulmonares, hepatomegalia, dificuldade de sucção e baixo ganho ponderal.

Nestes pacientes o cirurgião deverá estar atento ao balanço hídrico rigoroso, evitando-se sobrecarga volumétrica. O uso de diuréticos e vasodilatadores sistêmicos está indicado nesta situação. A oferta de oxigênio deve ser realizada com cautela, devido seu efeito vasodilatador pulmonar, que pode piorar o quadro de congestão pulmonar.

Lesões de hipofluxo pulmonar (AT, AP e tetralogia de Fallot) A redução do fluxo pulmonar, causado por lesões obstrutivas do coração direito irá cursar com hipoxemia e a principal manifestação clínica é a cianose. Estas lesões podem manifestar-se nos primeiros dias de vida e dependem do canal arterial pérvio para manter o fluxo sanguíneo pulmonar, nestes casos está indicado o uso da prostaglandina E1, a qual mantém a patência do ducto arterioso, até que seja possível a realização da cirurgia paliativa que consiste na realização de um shunt sistêmico-pulmonar, geralmente entre a artéria subclávia e o ramo da artéria pulmonar (Cirurgia de Blalock-Taussig).

A hipoxemia que ocorre nestes pacientes aumenta o risco para acidose metabólica, a qual

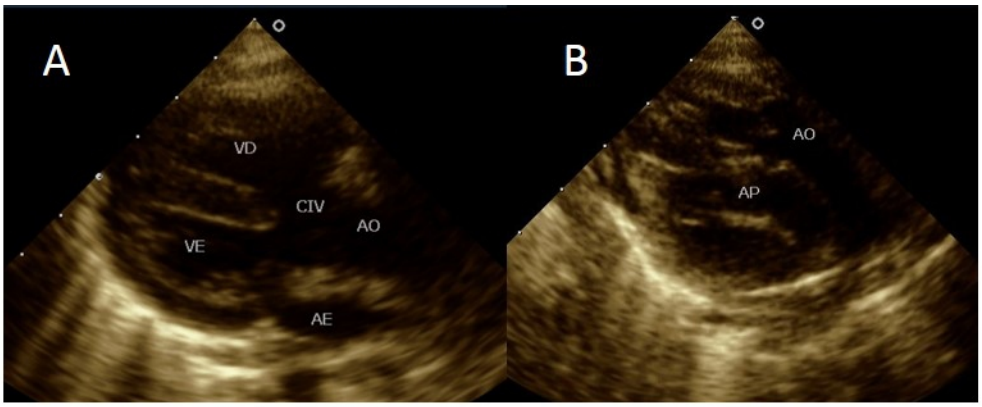


Figura 3: A- tetralogia de Fallot (cardiopatia de hipofluxo); B- transposição dos grandes vasos (cardiopatia de fisiologia mista)

principalmente nos pacientes portadores de tetralogia de Fallot (figura 3A).

A crise cianótica ocorre quando há redução abrupta do fluxo pulmonar com desvio de sangue insaturado para a circulação sistêmica, geralmente através da CIV. Situações que levam ao risco de crise cianótica são aquelas que promovem a queda da resistência vascular periférica ou a elevação da resistência vascular pulmonar, a hipovolemia, infecção, febre e anemia são causas de crise cianótica e devem ser combatidas nestes pacientes. Assim, devemos evitar medicações que causem vasodilatação, bem como tratar agressivamente a desidratação.

Lesões mistas: hiperfluxo x cianose (Transposição dos grandes vasos, ventrículo único, anomalia de Ebstein e drenagem anômala total de veias pulmonares)

A transposição dos grandes vasos (TGV), ventrículo único (VU), anomalia de Ebstein e drenagem anômala total de veias pulmonares são cursam tanto com hipoxemia e sintomas de IC (figura 2B e 3B). Assim o cirurgião deve estar alerta não só para as complicações da hipoxemia, o risco aumentado de acidose metabólica, bem como para um balanço hídrico rigoroso.

CUIDADOS PER-OPERATÓRIOS

Profilaxia da endocardite

Sabemos que pacientes portadores de cardiopatias congênitas possuem risco elevado de evoluírem para endocardite infecciosa (EI), situação grave com elevada morbidade e mortalidade na infância. Os pacientes consideradas de alto risco para EI são aqueles com cardiopatias cianóticas não corrigidas ou com tratamento paliativo; com valva cardíaca protética, com endocardite prévia, que foram submetidos à correção cirúrgica após seis meses do tratamento cirúrgico e aqueles que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, mas que ficaram com lesões residuais.

Em 2008, a American Heart Association publicou as modificações na profilaxia para a EI, sendo

deve ser corrigida assim que detectada. Outra situação que o cirurgião pediatra deve estar atento é o risco de crise cianótica, presente principalmente nos pacientes portadores de tetralogia de Fallot (figura 3A).

A crise cianótica ocorre quando há redução abrupta do fluxo pulmonar com desvio de sangue insaturado para a circulação sistêmica, geralmente através da CIV. Situações que levam ao risco de crise cianótica são aquelas que promovem a queda da resistência vascular periférica ou a elevação da resistência vascular pulmonar, a hipovolemia, infecção, febre e anemia são causas de crise cianótica e devem ser combatidas nestes pacientes. Assim, devemos evitar medicações que causem vasodilatação, bem como tratar agressivamente a desidratação.

Tratamento odontológico, trato respiratório	Amoxacilina 50mg/kg via oral (1 hora antes do procedimento) Ampiciliana 50mg/kg endovenoso (30 minutos antes do procedimento Alérgicos: Clindamicina 20 mg/kg via oral (1 hora antes do procedimento) ou endovenoso (30 minutos antes do procedimento) Ou Azitromicina 15mg/kg via oral 30 minutos antes do procedimento

Controle térmico, hidratação e transfusão sanguínea

O ambiente térmico neutro deve ser preocupação constante durante os procedimentos cirúrgicos extracardíacos, principalmente nos pretermos, seja nas situações de hiperfluxo ou de baixo fluxo pulmonar. Neste último caso, a hipotermia precipita a acidose metabólica que em última análise leva à vasoconstrição pulmonar, depressão miocárdica e vasoconstrição periférica.

A manutenção hídrica deve respeita a fisiopatologia de cada lesão. Nos pacientes portadores de hiperfluxo pulmonar a infusão de volume deve ser feita de forma cautelosa, observando os sinais de edema pulmonar e congestão hepática. De uma forma geral, estes pacientes toleram bem taxas hídricas adequadas à sua faixa etária, sendo em alguns necessária a redução a dois terços das necessidades hídricas diárias. Nas situações de edema pulmonar os diuréticos são efetivos na terapêutica imediata.

Os portadores de hipofluxo pulmonar, principalmente os portadores de obstrução ao ventrículo direito como na tetralogia de Fallot, devem receber volume abundante mantendo a pressão de enchimento do ventrículo satisfatória para a promover a adequada perfusão pulmonar. O choque hipovolêmico deve ser

evitado em ambos os grupos de pacientes. As expansões rápidas no pacientes portadores de shunts intracardíacos com aumento do fluxo pulmonar favorece o edema aguda, da mesma forma que o volume baixo no ventrículo direito impede o seu adequado enchimento e a capacidade de vencer o obstáculo da lesão obstrutiva.

A utilização de hemoderivados tem sido tema de inúmeras discussões. Os pacientes portadores de insuficiência cardíaca com ou sem disfunção ventricular se beneficiam de níveis de hemoglobina superiores a 12 mg/dL. Nas cardiopatias cianóticas, a principal consideração se faz a respeito da policitemia. Os pacientes com fisiologia de ventrículo único e pós-operatório de anastomose cavopulmonar (cirurgia de Glenn) toleram níveis de hemoglobina de 9-10 mg/dL. Entretanto a policitemia (Hto>50%) nestes pacientes pode levar a quadros de tromboses e acidentes vasculares cerebrais isquêmicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cooperação as entre especialidades, neonatologia, cardiologia e cirurgia, envolvidas no atendimento do neonato portador de malformações múltiplas desempenha papel fundamental na obtenção de resultados satisfatórios. O conhecimento da fisiopatologia básica e das principais associações entre defeitos cardíacos e extra-cardíacos determina a possibilidade de estratificação e planejamento das ações de intervenção conforme a gravidade de cada paciente. Entretanto, a ausência de avaliação especializada do cardiologista pediátrico, nos pacientes com potencial malformação cardíaca, não deve resultar em retardo na abordagem das patologias cirúrgicas de urgência, principalmente nos neonatos portadores de exame clínico normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva AEA, Vasconcelos MM, Liberal E. Cardiologia – Série SOPERJ Pediatria – Guanabara Koogan (Grupo Gen), 2012. 1ª ed.
2. Yamamoto Y, Hornberger LK. Progression of outflow tract obstruction in the fetus. Early Hum Devel 2012, 88(5):279-285.
3. Alabdulgader AA. Extra Cardiac Anomalies Associated With Congenital Cardiac Malformations in Saudi Arabian Population. Res J Cardiol 2012, 5(1):12-19.
4. Reis AT, Santos RS, Mendes TAS. Prevalência de malformações congênitas no município do Rio de janeiro, Brasil, entre 2000 e 2006.
5. Amorim MMR, Vilela PC, Santos ARVD, et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006, 6(Supl 1):S19-25.
6. Donofrio M T, Sten MB. Risk-stratified delivery planning for fetuses with complex congenital heart disease. JACC 2012, 59(13):e769-772.
7. Gilberti P, Leonibus C, Giordano L. The

physiopathology of the patent ductus arteriosus. J Mat Fet and Neo Med 2009, 22(S3):6-9.

8. ACC/AHA 2008 Guideline Update on Valvular Heart Disease: Focused Update on Infective Endocarditis A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. JACC 2008, 52(8):e1-142.

9. Choong K, Bohn D. Maintenance parenteral fluids in the critically ill child. J Pediatr 2007, 83(2 Suppl):S3-S10.

10. Arya VK. Basics of fluid and blood transfusion therapy in paediatric surgical patients. Indian J Anaesth 2012, 56(5):454-62.

11. Hume HA, Limoges P, et al. Perioperative blood transfusion therapy in pediatric patients. Am J Ther. 2002, 9(5):396-405.

12. Gibson BE, Todd A, Roberts I, Pamphilon D,et al. Transfusion guidelines for neonates and older children. Br J Haematol 2004, 124(4):433-53.

CLÍNICA ONCOHEMATO
Oncologia e Hematologia Clínica
ADULTOS E CRIANÇAS
Excelência no atendimento humanizado e tratamento personalizado de pacientes com câncer
ATENDEMOS CONVÊNIOS E PARTICULARES
Equipe de profissionais altamente qualificada
Prêmio SEBRAE Top Saúde
Prêmio do Movimento Brasil Competitivo - MBC

Clínica OncoHemato
COPACABANA Rua Siqueira Campos, 59, salas 602 a 605 TELS: (21) 2255-0680 | 2549-1399
TIJUCA Rua Haddock Lobo, 356, sala 810 TELS: (21) 2264-9097 | 2284-0313
BARRA DA TIJUCA Rua Gildásio Amado, 55, sala 1810 TELS: (21) 2494-3125
www.oncohemato.com.br

O Processo Contra Médicos. Quais os Trâmites Usuais?

Antonio Couto, Alex Souza
A.COUTO & SOUZA ADVOGADOS

O tema acima, sugerido pela diretoria, não poderia ser mais pertinente. Na verdade, para nossa Banca, que advoga em defesa exclusiva dos médicos há dezessete anos, o título deste artigo pode ensejar vários caminhos, numerosas ramificações de discussões e esclarecimentos extremamente necessários para a classe médica.
Um breve histórico se faz necessário com o cuidado de não tornar enfadonho o presente texto. A partir do ano de 1991, data em que entrou em vigor o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, iniciou-se, sobremaneira, a jornada e, por que não dizer, avalancha de processos judiciais em desfavor dos médicos.
Mais tarde, com o passar dos anos, as demandas judiciais que ocorreram, em sua maioria, na esfera cível, isto é, ações indenizatórias com pleitos de reparação a título de danos moral e material, passaram a fazer parte, também, dos tribunais criminais e éticos.
O que se quer dizer, nesta introdução, é que, na fase bem inicial dessas reclamações em face dos esculápios, era muito comum, na maioria das vezes, o paciente ou sua família – conforme o caso – ingressar apenas com ação de demanda indenizatória. Com o tempo, os demandantes passaram, além de perpetrarem aquelas ações, a ingressar em conjunto ou isoladamente, com denúncias junto ao Conselho Regional de Medicina, às delegacias e aos tribunais criminais.
Trocando-se em miúdos, hodiernamente é muito comum médicos serem processados pelo mesmo fato nas três esferas ou em duas delas. Esse fenômeno foi fomentado, em grande porção, como dissemos alhures, pela interpretação da jurisprudência de que a relação médico-paciente é regida pelo Código do Consumidor.
Nesse quesito em especial, vale dizer que a força dessa interpretação desemboca nas ações cíveis. Apenas para citar um exemplo, por força de o Código do Consumidor reger as relações entre o médico e seu paciente, passou a imperar a chamada inversão do ônus da prova. Ora, um dos elementos mais importantes nesse aspecto é o do dever de informação.
Como, à luz da lei consumerista, quem tem de produzir a prova é a parte ré (inversão do ônus da prova), diante da alegação do paciente ou de seu representante legal de que o médico não informou sobre os riscos da cirurgia, por exemplo, quem tem de provar que informou é o doutor.
Essa é apenas uma das questões existentes em razão dessa interpretação por parte dos tribunais e da doutrina jurídica de ser a relação médico-paciente consumerista.
Daí, decorrem vários trâmites processuais e dogmas que os médicos desconhecem e que, por vezes, fazem sua defesa resultar ineficiente no processo. Para se ter uma ideia da projeção

dessa questão de informação, muitos médicos que atuam como peritos dos juízes já discorrem em seu laudo pericial acerca da inexistência, naquele caso concreto, de termo de consentimento livre esclarecido.

Mas não para por aí. Outra questão não menos importante é a alegação por parte dos pacientes, destacando-se os pais nos casos em que o paciente for uma criança, de que o médico não deu as informações acerca do comportamento no período pós-operatório. É muito comum, nas ações judiciais em face de pediatras e cirurgiões pediátricos, esse tipo de argumento.

Não é preciso dizer que, não havendo como provar, documentalmente, que o cirurgião, por exemplo, informou que deveria haver ingestão de líquidos nas primeiras 48 horas, a simples acusação de que a criança se alimentou com sólido, pode fazer, em tese, à luz do Código do Consumidor, o cirurgião ser visto como negligente.

O tema das responsabilidades civil e penal do médico é extenso e complexo. Quando do processo judicial – tanto em seara cível, quanto criminal – é fundamental que a defesa seja especializada e que o doutor se cerque, oportunamente, de um assistente técnico.

É fundamental, e muitas vezes vital para a vitória, que durante a fase da perícia médica que é determinada pelo juiz (nomeando seu perito de confiança que muitas vezes não é da especialidade que está sendo julgada), o esculápio-réu tenha um assistente técnico (médico da sua confiança, preferencialmente contratado) para ser nomeado no processo nessa condição e que ajudará na elaboração dos quesitos a serem respondidos pelo perito do juiz e que participará ativamente da perícia judicial.

Em seara criminal, não é diferente. Por vezes, torna-se muito relevante, desde o início do processo, contratar um assistente que poderá fazer inclusive o parecer sobre o caso para que, desde o primeiro momento, se possam fornecer ao juiz e ao promotor de justiça subsídios necessários para debelar a ação.

Em nossa experiência, podemos citar numerosos exemplos nos quais foi fundamental essa estratégia, tendo em vista que, em muitas demandas criminais, o promotor de justiça ofereceu a denúncia em face do médico (normalmente por homicídio por lesão corporal) com base em premissa totalmente sem lógica médica, e o parecer do assistente técnico, coadunada com a defesa jurídica, pode por uma pá de cal na questão.

Lembramos um caso em que se discutiu uma complicação de toracocentese e de não realização de toracotomia. O promotor de justiça ofereceu denúncia em face do médico, por homicídio culposo, com base num “parecer” de duas linhas e meia no qual se afirmara que o paciente morreu em razão da não realização da toracotomia.

Ora, com a elaboração de um parecer sobre o caso, realizado por um assistente técnico contratado, foi possível demonstrar, ou ao menos plantar a dúvida inicial no juiz, que naquele caso concreto, era inclusive contraindicada a

realização de tal procedimento.

Num outro, em que se discutiu o óbito de uma criança por hemorragia após uma cirurgia de amígdalas, em que ela teria ingerido um pedaço de sanduíche no dia da operação, cujo processo foi, igualmente, de homicídio culposo em face do cirurgião, mais uma vez a defesa jurídica foi fundamental com realização de provas por meio de vários artigos médicos, bem como de um parecer contratado de um assistente técnico, para demonstrar naquele caso que, embora a criança não devesse ter ingerido alimento sólido, houve má assistência a ela no hospital para o qual fora encaminhada, e esse fato, por si, foi a causa imediata para o evento morte.

São muitos os trâmites e as estratégias que devem ser adotadas, não sendo possível, à toda evidência, discorrê-los no presente artigo.

Importante, todavia, por intimamente ligado ao texto ora apresentado, um comentário acerca do dispositivo abaixo do Código de Ética Médica, sem prejuízo dos demais pertinentes.

Capítulo – princípios fundamentais.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

O dispositivo acima, sem sombra de dúvidas, em sua primeira parte, é taxativo no sentido de que o médico somente poderá ser responsabilizado pessoalmente, isto é, somente pelos atos por ele praticados diretamente ou, a toda evidência, por ele indicado ou ainda supervisionado. Sim, a supervisão, no nosso entender, não pode deixar de ser considerada na interpretação do princípio ora em estudo.

Com efeito, a expressão “nunca presumido” utilizada no referido item, foi aplicada no seu sentido etimológico e não, necessariamente, à luz jurídica. Por quê? Bem é que situações há, conforme já adiantado nas linhas imediatamente anteriores, há os casos de suposta supervisão. Supostas na medida que muitas vezes, na lide judiciária, existem controvérsias a respeito de um ato praticado (não exclusivo de médico) pela enfermagem, por exemplo, mas que, em tese, deveria ter sofrido a supervisão do esculápio.

Há decisões em que se presume a responsabilidade do médico, embora o ocorrido tenha sido proveniente de uma falha do profissional assiste (um instrumentador cirúrgico, por exemplo)

De qualquer forma, a regra é, por óbvio, a responsabilidade pessoal e que não pode ser presumida. Vale dizer, portanto, que o médico também não poderá assumir atos praticados por outros profissionais.

A parte final do dispositivo diz: “ executados com diligência, competência e prudência.”

Em verdade, equivale a dizer: Culpa, ou seja, imprudência, imperícia ou negligência. Se os atos praticados pelo doutor não forem eivados de diligência, competência e prudência, estará ele inserido exatamente no campo da culpa, ou seja, terá agido com desvio da boa conduta e, por consequência, será responsabilizado pela serviço prestado de forma defeituosa.

17 ANOS NA DEFESA EXCLUSIVA DO MÉDICO

A.Couto & Souza
ADVOGADOS ASSOCIADOS

UMA REAL CHANCE DE DEFESA

- A Banca A.Couto & Souza Advogados atua na defesa exclusiva dos médicos, nas searas civil, criminal e nos processos administrativos perante os Conselhos Regionais e Federal de Medicina.

- Desde agosto de 2013, a CIPERJ e a Banca A.Couto & Souza Advogados possuem CONVÊNIO, no qual os associados da entidade têm direito à consultoria jurídica por telefone, por e-mail ou pessoalmente, que não terá quaisquer ônus, sem compromisso de contratação efetiva para eventual defesa para esclarecer quaisquer dúvidas na área da defesa profissional.

- O dever de informação e a importância do termo de consentimento informado;
  A responsabilidade do cirurgião como chefe de equipe e do responsável técnico;
  Prontuário eletrônico.
  Estes são só alguns assuntos que você pode abordar conosco.

ENTRE EM CONTATO CONOSCO

www.acouto.com.br

acoutoadvogados@acouto.com.br

RIO DE JANEIRO
Avenida das Américas, 11.599, loja A, Barra da Tijuca. CEP: 22793-082
TEL: (21) 2221 4819
FAX: (21) 2221 5024

Anomalia Anorretal Baixa com Fístula Perineal Tipo Alça de Balde: Relato de Caso

RESUMO Este estudo tem por objetivo descrever o caso clínico de uma criança internada no Hospital São José do Avaí, portadora de anomalia anorretal baixa com fístula perineal do tipo alça de balde, diagnosticada tardiamente em uma Unidade de Pronto Atendimento. Para este estudo foram coletados dados do prontuário da criança, exame físico e uma entrevista com a mãe da criança durante o período de internação.
Diante do caso demonstraremos a necessidade de uma sala de parto bem assistida pelos pediatras bem como do acompanhamento de crianças portadoras de anomalias.

Palavras-Chave: Anomalia Congênita, Malformação, Anomalia anorretal

ABSTRACTS This study aims to describe a case of a child admitted to Hospital Sao Jose do Avaí carrier with low anorectal anomaly perineal fistula type bucket handle, which was diagnosed late in a Emergency Unit. For this study, data were collected from medical records of the child, physical examination and an interview with the child's mother during the period of hospitalization. Faced with the case demonstrate the need for a delivery room and assisted by pediatricians as well as monitoring of such child.

Key words; Congenital Anomaly, Malformation, Anomaly anorectal

AUTORES Fernanda Cardilo Lima[1], Thaís Cardoso [2], Amanda Tavares[3], Carolina Plaster de Oliveira[3], Wilson Messias Foligno Junior[3]
1 - Médica Cirurgiã Pediátrica do Hospital São José do Avaí – Itaperuna – RJ
2 - Médica Clínica Geral do Hospital São José do Avaí – Itaperuna – RJ
3 - Acadêmicos de Medicina – Itaperuna – RJ

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA
Thaís Cardoso - Rua Maria Clara Barroso n° 66, Padre Humberto Linderlauf, Itaperuna, RJ.
E-mail: drathaiscardoso@gmail.com

Trabalho realizado no Hospital São José do Avaí Itaperuna –RJ

Declaro ausência de subsídio ou bolsa no presente estudo. Declaro ausência de conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

O termo anomalia anorretal engloba uma variedade de defeitos congênitos com graus variáveis de complexidade. Seu prognóstico em relação à continência fecal tem associação com a altura do defeito. A presença de anomalias sacrais confere um pior prognóstico[1].
É uma doença rara que atinge o recém-nascido, levando-o a obstrução intestinal, com altas taxas de morbi-mortalidade.[1] A maioria das anomalias

anorretais resulta do desenvolvimento anormal do septo urorretal, com consequente divisão incompleta da cloaca em porções urogenital anterior e anorretal posterior. 3 Isto ocorre por volta da sexta semana da vida intra uterina.2 Alguma forma de ânus imperfurado ocorre em 1:5000 recém-nascidos, 3 sendo mais comum no sexo masculino.

Esta doença consiste da imperfuração anal, com ou sem fístula perineal. A classificação anatômica é feito segundo a localização do saco retal em relação à musculatura elevadora do ânus. Para determinar a altura do saco retal de modo mais preciso, podemos usar o auxílio de métodos como radiografia simples do tipo invertograma, ultra-sonografia ou Ressonância magnética, porém a associação com fístulas perineais sempre indica lesão baixa.

As anomalias anorretais muitas vezes estão associadas a outras malformações, tais como anomalias vertebrais, anorretais, cardíacas, traqueo-esofágicas, genitourinárias e em membros, sendo sua apresentação em apenas 10% em defeitos baixos com fístulas perineais. O diagnóstico clínico deve ser através de uma anamnese sistêmica e exame físico completo do recém-nascido, se necessário, com o auxílio de exames radiográficos. O tratamento para a anomalia anorretal baixa deve ser precoce, através de uma anoplastia sagital posterior de Peña, com o objetivo de obter reconstrução anatômica e continência fecal apropriados para uma vida normal. A colostomia pode ser descartada quando presente fistula perineal.

Figura 1 - Fístula perineal em alça de balde, demonstrada com uma pinça de Halsted

RELATO DE CASO

Paciente P.S.G., masculino, branco, sete meses de vida, 11 kg, residente no município do Rio de Janeiro – RJ, diagnosticado com anomalia anorretal baixa com fistula perineal do tipo alça de balde após minucioso exame físico em uma Unidade de Pronto Atendimento, durante um atendimento por queixas não relacionadas com a anomalia. A mãe da criança relatou que apesar de fazer consultas regulares ao Pediatra o mesmo não identificou a malformação. A criança apresentava fortes dores abdominais e grande dificuldade de evacuação, quadro que piorou após a inserção de alimentos pastosos e sólidos na dieta.

O lactente foi encaminhado para o serviço de cirurgia pediátrica do hospital São Jose do Avaí, onde foi internado para realizar os exames complementares necessários para o ato cirúrgico.

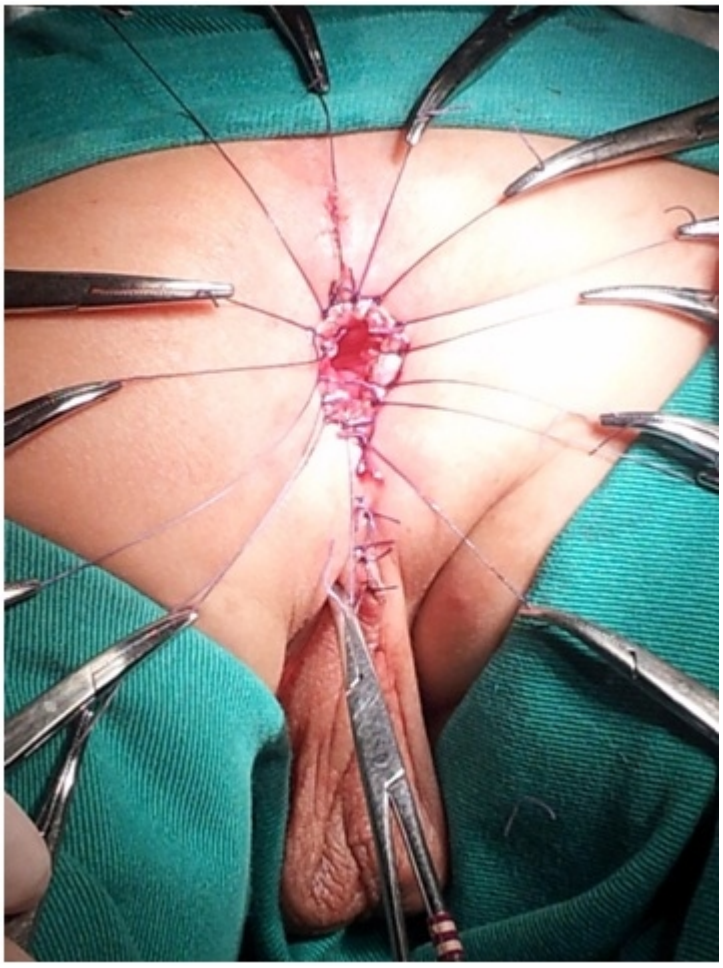


Figura 2 - Aspecto na cirurgia

Ao exame físico paciente em estado geral bom, hidratado, anictérico, acianótico, afebril. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Genitália masculina sem anormalidades e ânus imperfurado, com fístula perineal do tipo alça de balde com quatro mm de diâmetro. Paciente foi submetido à Sagitoplastia posterior tipo Peña, em decúbito ventral. A fístula foi reparada com fio Prolene n° 5.0, o complexo muscular esfinctérico foi identificado utilizando um mioestimulador de Peña, o reto foi posicionado no complexo muscular e em seguida a musculatura perineal foi reconstruída4, com uma sutura sem tensão, usando fio de ácido poliglicólico. O corpo perineal, área onde residia a fístula, foi reconstruído.

DISCUSSÃO

As malformações anorretais correspondem a um amplo espectro de defeitos congênitos. São doenças que devem ser diagnosticadas durante a sala de parto pelo Pediatra e encaminhadas ao Cirurgião Pediátrico, recebendo atenção prioritária assim que o diagnóstico for estabelecido, avaliando os fatores específicos de cada criança e a associação com outras malformações, que podem interferir diretamente em seu prognóstico.

A importância da presença do pediatra/ neonatologista na sala de parto é reconhecida pelo Ministério da Saúde desde 1993, possibilitando que o diagnóstico de qualquer anomalia possa ser reconhecido, estabelecendo o tratamento da forma mais precoce possível, evitando complicações. A importância das malformações urológicas, ginecológicas, neurológicas e ortopédicas tem sido descrita.6 A presença do obstetra, por si só não é suficiente para garantir a assistência adequada ao recém-nascido5..

Uma vez detectada uma malformação anorretal a criança deve ser encaminhada a um cirurgião pediátrico para que o defeito seja corrigido através da terapêutica cirúrgica, com a abordagem via pósterosagital de Peña, capaz de fornecer uma excelente visualização da anatomia, permitindo ao cirurgião uma melhor oportunidade para preservar estruturas anatômicas importantes. A continência fecal é almejada em

CONCLUSÃO

Neste trabalho destacamos a importância da presença de um Pediatra bem treinado na sala de parto, para que o recém-nascido seja bem assistido e patologias graves não sejam diagnosticadas tardiamente. Ao mesmo tempo mostramos a importância do encaminhamento a um Cirurgião Pediátrico para a resolução de doenças congênitas, mesmo com diagnostico tardio.

REFERÊNCIAS

1. Mattox, KL Towsend, CM; Beauchamp, D. Sabiston, Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.
2. Behrman, RE.; Jenson, HB.; Kliegman, RN. Nelson, Tratado de Pediatria 18a ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009. p 652.
3. Moore, KL; Persaud, TVN. Embriologia Clínica. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p 241.
4. Peña, A; De Vries, P. Posterior sagital anorectoplasty: important technical consideration and new applications..J. Pediatr. Surg 1982, 17(6):796-811.
5. Giglio, MRP; França, E; Lamounier, JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2011, 33(10): 297-304.
6. Levitt MA, Peña A. Outcomes from the correction of anorectal malformations. Curr Opin Pediatr 2005; 17(3): 394-401.

OR Contabilidade

- CONTABILIDADE
- DEPARTAMENTO PESSOAL
- DEPARTAMENTO FISCAL
- ASSESSORIA:

Financeira, Contábil e Tributária

Hugo Leonardo (21) 7724 0968
Otávio Rueda (21) 6810 7053

Rua Plínio de Oliveira, 253, sala 607, Penha, Rio de Janeiro, RJ. TEL: (21) 3215 9435 | 3164 7078

hugoneves@orcontabilidade.com
orueda@orcontabilidade.com

www.orcontabilidade.com

ANUNCIE NA REVISTA CIPERJ

informações:
(21) 4141 3233 | (21) 9321 9497
contato@ciperj.org

Pancreatite crônica recorrente na infância tratada com pancreatojejunostomia laterolateral em Y de Roux

RESUMO

As indicações de cirurgia na pancreatite crônica são definidas clinicamente por dor intratável e situações que resultaram em compressão das vias biliares, pseudocistos volumosos e fístulas internas. No presente relato, será descrito o tratamento cirúrgico de pancreatite crônica recorrente em paciente pediátrico como opção terapêutica eficaz para episódios recidivantes de crise álgica.

Palavras chave: Pancreatite crônica; pancreatojejunostomia

ABSTRACTS Surgical interventions to treat chronic pancreatitis are indicated by recurring and clinically intractable pain episodes or anatomical complications causing choledochal obstruction, big pseudocysts or internal fistulae. Herein we describe surgery as a definitive treatment for recurring pain episodes in a case of chronic recurring pancreatitis attaining a pediatric patient.

Key Words:Chronic pancreatitis; pancreatojejunostomy.

AUTORES

Fernanda Braga Boechat (1); Márcia Antunes Fernandes (1); Letícia Piedade Feitosa (1); Rafael Del Castillo Villalba (1); Lisieux Eyer de Jesus (2) Serviços de Pediatria do Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense, RJ, Brasil (1), Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense, RJ, Brasil (2).

AUTOR CORRESPONDENTE

Fernanda Braga Boechat

Rua Guapeni, 53, apt. 103, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 20520-240, Brasil.

Tel: 55 21 2581 1104 | 55 21 9814 8666

Email: fefsboechat@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A pancreatite crônica (PC) na infância é pouco frequente. A maioria dos casos descritos é decorrente de causas genéticas, como fibrose cística e pancreatite hereditária. Mais raramente pode ser pós-traumática, secundária a infecções, relacionada a drogas ou a problemas nutricionais e idiopática. Novos estudos vêm demonstrando o aumento da incidência da doença em crianças.1 O diagnóstico da doença é difícil nas crianças. Por ser afecção rara o diagnóstico depende de alto grau de suspeita.

A pancreatite crônica apresenta-se em geral com dor epigástrica, associada ou não a vômitos e náuseas. Quando diagnosticada e tratada corretamente, tem curso benigno e as complicações são incomuns 2. O tratamento dessa morbidade é fundamentalmente clínico. A cirurgia está indicada em casos escolhidos de dor e para resolver complicações, tais como obstruções biliares e duodenais, pseudocistos. Raramente o tratamento cirúrgico pode ser usado para excluir doença maligna. A indicação mais

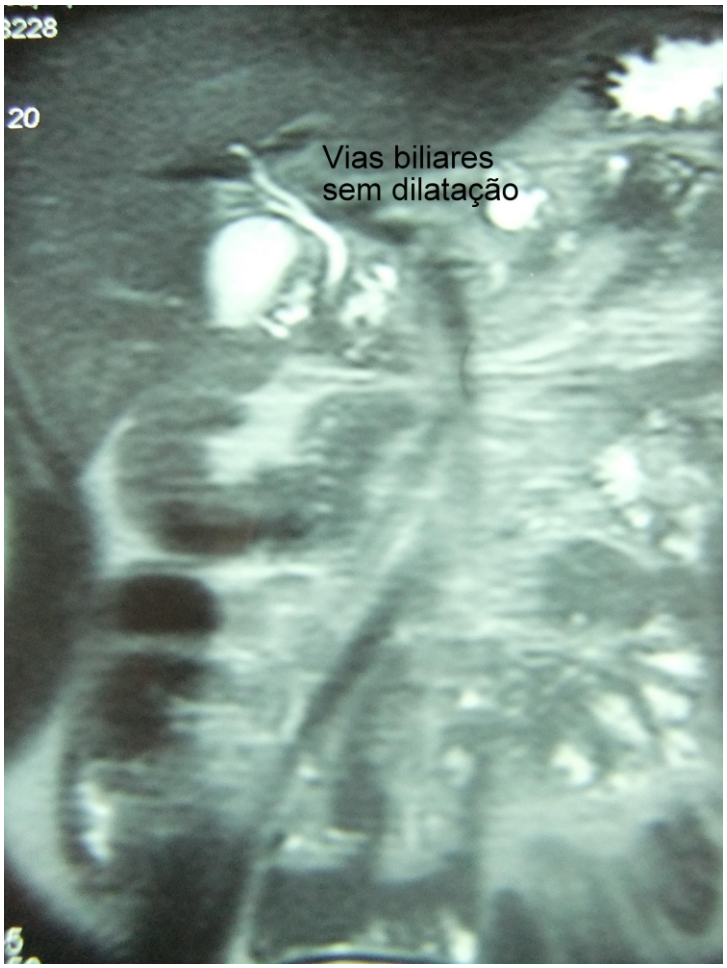
frequente de tratamento cirúrgico é para controle da dor incapacitante e intratável por métodos clínicos. *3,4*

Este relato de caso tem como objetivo a apresentação de paciente pediátrico com pancreatite crônica recorrente associada a episódios de dor incapacitante acompanhado no Hospital Universitário Antônio Pedro e tratado com cirurgia (pancreatojejunostomia laterolateral em Y de Roux), com sucesso.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 7 anos de idade. História de internação prévia por oito dias em fevereiro de 2010 para investigação de episódios recorrentes de dor epigástrica, vômitos persistentes, com hiperamilasemia. Na ocasião, foi diagnosticada pancreatite idiopática e pangastrite enantematosa leve com pesquisa de H. pylori positiva, sendo feito tratamento com claritromicina, amoxicilina e omeprazol.

Figura 1 - Ressonância magnética mostra ausência de dilatação de vias biliares, dilatação do ducto de Wirsung



Quatro meses depois desse episódio apresentou novo quadro de dor abdominal epigástrica intensa e vômitos. Ficou internada por oito dias em outra instituição, onde foi instituído tratamento sintomático e recebeu alta com melhora clínica. Um dia após a alta, voltou a apresentar os mesmos sinais e sintomas, procurou a emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro. À admissão apresentou-se em bom estado geral, corada, moderadamente desidratada, anictérica, taquicárdica e normotensa. O abdome mostrou peristalse diminuída e apresentou-se flácido, mas doloroso à palpação superficial e profunda na região epigástrica, sem visceromegalias. Não apresentou sinais clínicos de insuficiência pancreática endócrina ou exócrina. Não houve história familiar relevante para o caso. Negou uso de quaisquer drogas. Estado nutricional satisfatório. Negou traumas abdominais prévios. Os exames laboratoriais em sangue periférico mostraram leucograma normal (12.300 leucócitos/mL, contagem diferencial normal), lipase aumentada (419 UI/L), amilase normal (113 UI/L), cálcio normal (9,8 mg/dL); PCR 0,82 mg/dL. Investigação negativa para fibrose cística. Não foi possível obter estudo genético para pancreatite crônica familiar. Os exames de imagem excluíram

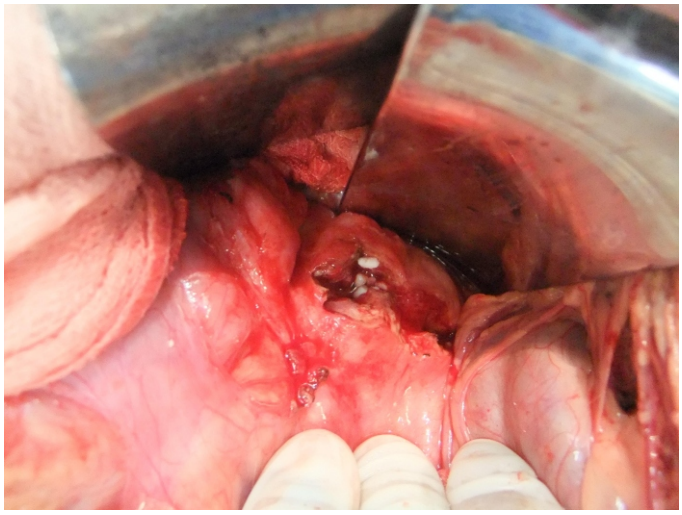


Figura 2 -Intraoperatório com ducto de Wirsung amplamente aberto e cálculos em seu interior

malformações anatômicas biliopancreáticas ou estenose focal limitada do ducto pancreático. O ducto de Wirsung mostrou dilatação difusa e irregular, medindo no maior diâmetro 1.7 cm com múltiplos lagos ductais e estenoses, inclusive uma justaduodenal (figura 1). Não foi possível tratar essa estenose ductal proximal por endoscopia e, após CPRE com intenção terapêutica, o quadro da paciente evoluiu com episódio de pancreatite.

Após estabilização clínica, foi indicado o tratamento cirúrgico, justificado pela dor abdominal recorrente incapacitante. Foi realizada pancreatojejunostomia laterolateral em Y de Roux (cirurgia de Puestow), sem complicações peri ou pós-operatórias(figura 2). Após seguimento de dois anos, a paciente permanece assintomática e sem sinais clínicos ou laboratoriais de insuficiência pancreática. Até o presente, não foi possível determinar uma causa específica para a doença.

CONCLUSÃO

A pancreatite crônica na infância é rara e de diagnóstico difícil. Seu tratamento é clínico. A indicação cirúrgica depende de indicação precisa e de bases anatômicas adequadas.

Diante de um quadro clinico sugestivo, é de alta importância que o pediatra e o cirurgião pediátrico atuem em conjunto. Ante a confirmação diagnóstica, o tratamento deve ser instituído precocemente, para evitar complicações, promover melhor qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Park A, Latif SU, Shah AU, Tian J, Werlin S, Hsiao A, Pashankar D, Bhandari V, Nagar A, Husain SZ. Changing referral trends of acute pancreatitis in children: A 12-year single-center analysis. J Pediatric Gastroenterol Nutr 2009, 49(3):316-22. **2** - Lowe ME, Greer JB. Pancreatitis in children and adolescents. Curr Gastroenterol Rep.2008,10:128-135. **3** Harrison JL, Prinz RA. The surgical management of chronic pancreatitis: pancreatic duct drainage. In Cameron JL(ed)- Avances in Surgery, St Louis. Mosby, 1999, 32:1-21. **4** Evans JD, Wilson PG, Carver C, Bramhall SR, Buckels JA, Mayer AD, McMaster P, Neoptolemos JP. Outcome of surgery for chronic pancreatitis. Br J Surg, 1997, 84:624-629. **5** Tsiotou AG, Sakorafas GH. Pathophysiology of pain in chronic pancreatitis: clinical implications from a surgical perspective. Internat Surg 200,85:291-296. **6** Vickers SM, Chan C, Heslin MJ,Bartolucci A; Aldrete J.S.The role of pancreaticoduodenectomy in the treatment of severe chronic pancreatitis. Amer Surg 1999, 65:1108-1112. **7** Massuco P, Calgaro M, Bertolino F, Bima C, Galatola G, Capussotti L. Outcome of surgical treatment for chronic calcifying pancreatitis. Pancreas, 2001, 22:378-382. **8** Costa OL, Gomes MPZ, Gonçalves CS. Results of the surgical management of 74 pacients with chronic pancreatitis. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2002, 29(6): 313-317.

Drs. Samuel Dekermacher, Arnaldo Pineschi, Sandoval Lage, Marcos Botelho, Carlindo Machado e Kleber Anderson

Drs. Claudio Oiticica e Claudio de Souza Leite

Educação Continuada

O VI Curso de Educação Continuada em Cirurgia Pediátrica CIPERJ/CREMERJ foi realizado no dia 23 de março, sábado, no auditório Julio Arantes Sanderson de Queiroz, na sede do CREMERJ, em Botafogo, Zona Sul da capital fluminense. Cerca de 30 pessoas compareceram ao evento que teve como tema *Ética: assuntos importantes para um cirurgião pediátrico*. A programação contou com as palestras *Bioética e malformações congênitas*, com o Dr. Arnaldo Pineschi, *Erros evitáveis*, com o Dr. Carlindo Machado, e *O processo contra médicos: como é?*, com o Dr. Marcos Botelho Lima.

Liga Acadêmica

As aulas ocorreram entre os meses de março e junho e foram realizadas nos auditórios do Rios D´Or e do Hospital Universitário Gafrée e Guinle. Ministraram palestras neste período: Dra. Áurea Cândida, Dra. Isabel Cunha, Dr. Gilberto Amaral, Dra. Ana Teresa Oliveira, Dr. Marcelo Holanda e Dr. Luciano Guimarães.

Reuniões científicas

Neste 1º semestre de 2013 foram realizadas quatro reuniões científicas da CIPERJ. Em janeiro, a Dra. Graça Dias e a Dra. Ana Teresa Oliveira falaram sobre *Follow up dos pacientes de atresia de esôfago corrigida - resultado de congresso no Canadá em outubro de 2012*. No mês seguinte foi a vez do Dr. Claudio Oiticica realizar palestra sobre *Anomalia anoretal, atualização e resultados.* Aproveitando o curso no CREMERJ ocorrido no sábado anterior, o encontro de março da CIPERJ abordou Bioética e riscos legais e contou com a participação dos Drs. Sergio Rego e Oscar Cirne. Já em maio houve Assembleia Geral Extraordinária, onde ficou decidido que serão realizadas reuniões com o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SinMed-RJ) e com o CREMERJ, tendo em vista reunião com os secretários de Saúde, para tratar da falta de cirurgiões pediátricos nas UTI´s Neonatais das maternidades públicas e os furos nas escalas, além da falta de estabilidade e a de cirurgiões pediátricos nas emergências públicas.

ENTREVISTA: Dr. Fernando José Ginefra

Nascido em Monte Mor, São Paulo, em 6 de junho de 1921, o Dr. Fernando José Ginefra começou sua carreira no Rio de Janeiro. Aos 17 anos, chegou à capital fluminense para cursar Medicina na Faculdade Nacional de Medicina, da Universidade do Brasil, situada na época na Praia Vermelha.

Quando acadêmico ingressou no Hospital Souza Aguiar, onde equipes revezavam–se no plantão de 24h. O hospital era composto de médicos que atuavam internamente e por outra equipe que realizava atendimentos domiciliares auxiliados por acadêmicos de medicina que atendiam a via pública.

Ao concluir a graduação em 1946, aos 25 anos, Dr. Ginefra foi aprovado em concurso público para o Hospital Souza Aguiar, atuando inicialmente na equipe de pronto socorro que realizava atendimentos domiciliares. Concomitantemente, atuava como professor assistente da Primeira Cadeira de Cirurgia da Santa Casa – Faculdade Nacional de Medicina cujo titular era Professor Dr. Augusto Paulino Filho, a quem deve toda a sua formação cirúrgica. Alguns anos mais tarde, já como cirurgião geral atuando internamente no Souza Aguiar junto com o Dr. José Antônio Lopes, motivaram-se pelo desejo de melhores resultados cirúrgicos nos

pacientes pediátricos, especialmente recém natos e lactentes. Dedicaram-se ao aprendizado e especialização das correções das referidas patologias.

Optaram pelo serviço do Hospital das Clinicas da USP, em São Paulo, chefiado pelo Professor Dr. Virgilio Carvalho Pinto, inicialmente Dr. Lopes seguido por Dr. Ginefra, que também freqüentou o Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital da Cruz Vermelha, chefiado pelo Prof. Dr. Roberto de Vilhena Moraes.

A Cirurgia Pediátrica no pós guerra, passava por transformações, já que até a 2ª Guerra Mundial, o Brasil sofria influência francesa, onde a especialidade dedicava-se quase que exclusivamente as correções ortopédicas. Com a vitória americana na guerra, os protocolos americanos de tratamento passaram a influenciar a condução dos pacientes no Brasil e, particularmente na Cirurgia Pediátrica, o enfoque foi na correção das malformações congênitas ainda no período mais precoce da vida (período neo natal e lactente).

Em 1964, no Governo Carlos Lacerda, foi criado o serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Jesus, com o Dr. Ruy Archer como chefe de serviço. Simultaneamente, Dr. Ginefra foi convidado pelo então secretário de saúde, Dr. Marcelo Garcia, para ser diretor do Hospital Infantil Nossa Senhora do Loreto, levando Dr. Lopes para participar como vice-diretor. Lá, foram responsáveis pela criação de um fluxo de atendimento de modo que todos os pacientes que procurassem o Hospital Souza Aguiar e

outros hospitais em busca de atendimento pediátrico fossem direcionados para o Loreto. Promoveram uma série de atividades científicas ligadas a Pediatria, Cirurgia Pediátrica e cuidados de Enfermagem com objetivo de criar um verdadeiro Hospital Pediátrico.

Concomitantemente, a Cirurgia Pediátrica começava a ganhar especialistas e em São Paulo, primeiro Estado do Brasil a ter

especialidade, foi fundada a Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica. Na cerimônia de fundação, Dr. Virgílio Carvalho Pinto, eleito o primeiro presidente da CIPE, indicou o Dr. Lopes para criar a regional do Rio de Janeiro e providenciar uma eleição para diretoria, que foi realizada no Hospital da Lagoa e o Dr. Ginefra foi eleito o 1º Presidente da Regional Rio de Janeiro da CIPE.
Em 1966, Dr. Ruy Archer, Dr. Lopes e Dr. Ginefra idealizaram e obtiveram a autorização junto ao Secretario de Saúde, Dr. Marcelo Garcia, para realização de concurso público na especialidade de Cirurgia Pediátrica. Com alguns dos aprovados no concurso, Dr. Ginefra formou sua equipe e retornou ao Souza Aguiar, agora como chefe do recém-criado serviço de Cirurgia Pediátrica.
Neste período que o Dr. Ginefra ficou fora, o Souza Aguiar passava por uma grande mudança. O prédio onde hoje funciona o hospital ainda estava sendo construído. Dr. Ginefra, então, foi convidado pelo arquiteto para opinar sobre o que desejava para o setor pediátrico e foi muito direto: “Eu preciso que você construa um hospital dentro do outro. Pode me dar a ala norte que eu faço o setor Pediátrico com serviços de Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Neonatologia Cirúrgica e outras especialidades pediátricas”, afirmou.
E foi o que ocorreu. Com o novo prédio do Hospital Souza Aguiar, foram criados 75 leitos só para crianças e a escala de Cirurgia Pediátrica passava a ter sempre um médico de plantão a cada 24 horas, sete dias na semana – fato inédito no Rio de Janeiro. Muitos cirurgiões pediatras do Rio de Janeiro começaram suas carreiras no serviço de Emergência do Souza Aguiar.
Dr. Ginefra ficou no Souza Aguiar até 1980, quando foi colaborar no Departamento geral de Assistência Hospitalar do municípo do Rio de Janeiro. Retornando em 1982 ao Souza Aguiar como cirurgião pediátrico, onde se aposentou em 1986.

Cursos e Eventos

SETEMBRO

Congresso de urologia pediátrica do outono

Será realizado entre os dias 20 e 22 (sexta-feira a Domingo), em Las Vegas, nos Estados Unidos.

http://fallcongress.spuonline.org/

Canadian Association of Paediatric Surgeons – Annual Meeting

Ocorre entre os dias 26 e 28 (quinta-feira a sábado) em Charlottetown, Prince Edward Island, no Canadá.

http://caps.ca/

OUTUBRO

II Simpósio Internacional de Pesquisa em Cirurgia Pediátrica

Acontece nos dias 3 e 4 (quinta-feira e sexta-feira, respectivamente) no Espaço de Eventos do Bloco Didático da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. O evento conta com a coordenação do Dr. Lourenço Sbragia e terá na programação diversas palestras dentre as quais: Anomalias da inervação visceral na Hérnia Diafragmática e na Atrêsia de Esôfago experimentais, Comparação do seguimento de neonatos com HDC corrigido por via laparoscópica e clássica, entre outros.

http://rca.fmrp.usp.br/eventos/pediatrica/apresentacao.html

IX Congresso Paulista de Cirurgia Pediátrica

Será realizado entre os dias 3 e 5 (quinta-feira a Sábado), em Ribeirão Preto.

http://www.luminaeventos.com.br/

IV Congresso Mundial da Federação Mundial de Associações de Cirurgia Pediátrica

Ocorre entre os dias 13 e 16 (domingo a quarta-feira), em Berlim, na Alemanha.

http://www.wofaps2013.com/

VII Curso de Educação Continuada em Cirurgia Pediátrica CIPERJ/CREMERJ

Ocorre no dia 19 (Sábado), das 9h às 13h, no auditório Julio Arantes Sanderson de Queiróz, na sede do CREMERJ, em Botafogo. Tema desta edição será Endocrinologia Pediátrica

www.ciperj.org

American Academy of Pediatrics, Section on Surgery – Annual Meeting

Será realizado entre os dias 26 e 29 (sábado a terça-feira), em Orlando, nos Estados Unidos.

.http://www2.aap.org/sections/surgery/default.cfm

NOVEMBRO

II Congresso de Trauma do Rio de Janeiro

Acontece entre os dias 6 e 9 (quarta-feira a Sábado), no Centro de Convenções do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

http://www.jzbrasil.com/congressos/trauma_rio/

X Congresso de Cirurgia Pediátrica do Cone Sul da América - CIPESUR 2013

Ocorre entre os dias 12 e 15 (terça a sexta-feira), na Bolívia.

http://www.cipesurbolivia2013.com/

Problemas colorretais em pediatria

De 25 a 29, em Florianópolis, Santa Catarina.

http://www.ciperj.org/noticias/617.htm

DEZEMBRO

IX Curso Internacional de Urologia Pediátrica

Acontece nos dias 5 e 6 (quinta-feira e sexta-feira, respectivamente) no hotel Ritz-Carlton, em Santiago, no Chile.

http://www.uropedexequiel.cl/

Edição de janeiro a agosto de 2013

EXPEDIENTE

A **Revista CIPERJ** é uma publicação da Associação de Cirurgia Pediátrica do Estado do Rio de Janeiro (CIPERJ), com sede à Rua Mem de Sá, 197, Lapa, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 20230-150, TEL: 55 (21) 4141-3233, e-mail contato@ciperj.org, com tiragem de 1.000 exemplares e **distribuição gratuita e exclusiva** para a classe médica.

EDITORA **Lisieux Eyer de Jesus**

CONSELHO EDITORIAL **Arovel Oliveira Moura Junior, Carlos Murilo Guedes de Mello, Domingos Bica, Irnak Marcelo, Ivens Baker Méio, João Carlos de Oliveira Tórtora, Laura Helman, Lisieux Eyer de Jesus, Maria Aparecida Siqueira de Andrade, Samuel Dekermacher, Stella Sabbatini, Simônides da Silva Bacelar, Sérgio Rêgo.**

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO **Julio Gois**

O conteúdo e as opiniões expressas nos casos e artigos aqui publicados são de responsabilidade exclusiva de seus autores, não expressando a posição da revista.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A Revista da CIPERJ aceita artigos em português, inglês ou espanhol que sigam as Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas, elaborados e publicadas pelo International Committe of Medical Journal Editors (ICMJE www.icmje.org). De forma geral: Editorial: Geralmente solicitado pelo editor ao autor. Artigo Original: É o relato completo de uma investigação clínica ou experimental e seus resultados. Constituído de Resumo/Abstract, Introdução, Método, Resultados, Discussão, e Referências (máximo de 30). O título deve ser redigido no mesmo idioma do manuscrito e não deve conter abreviaturas. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) seguido do(s) nome(s) da(s) instituição(ões) onde o trabalho foi realizado. Se for multicêntrico, informar em números arábicos a procedência de cada um dos autores em relação às instituições referidas. Os autores deverão enviar junto ao seu nome o título que melhor represente sua atividade acadêmica. O resumo deve ter no máximo 250 palavras ser estruturado com objetivo, método, resultados, conclusões e até 5 descritores na forma referida pelo DeCS (http://decs.bvs.br). O abstract deve ser estruturado da mesma forma que o Resumo e seguido pelas keywords conforme o sistema MESH (PUBMED). Devem conter no máximo 2.420 palavras e 45 referências. Artigo de Revisão: Versando sobre temas de interesse para a Cirurgia Pediátrica, incluindo uma análise crítica. Não serão aceitas simples descrições cronológicas da literatura. Devem ser descritos na introdução os motivos que levaram à redação do artigo e os critérios de busca, seguidos de texto ordenado em títulos e subtítulos de acordo com complexidade do assunto. Resumo e abstract não são estruturados. Devem conter no máximo 2.420 palavras e 45 referências. Nota Prévia: Observação clínica original ou descrição de inovações técnicas apresentadas de maneira concisa, não excedendo a 500 palavras, cinco referências, duas ilustrações e abstract não estruturado. Até 3 autores. Relato de Caso: Descrição de casos clínicos de interesse pela raridade, pela apresentação ou formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. Máximo de 1.420 palavras. Resumo e abstract não estruturados, até 15 referências e duas ilustrações. Máximo de 5 autores. Cartas ao Editor: Comentários científicos ou controvérsias com relação aos artigos publicados na Revista da CIPERJ. Serão aceitos ou não para publicação, a critério do editor, sem passar pelo processo de peer-review.Texto: Os manuscritos devem ser inéditos e enviados na forma digital (Word), espaço duplo e letra arial tamanho 12. As imagens deverão ser encaminhadas separadas no formato JPG, GIF ou TIF, e as legendas serão apresentadas em página separada no manuscrito As abreviaturas devem ser limitadas a termos mencionados repetitivamente, e definidas a partir da sua primeira utilização. Referências: Em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as normas de Vancouver (Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas - ICMJE www.icmje.org). Não serão aceitas como referências comunicações pessoais. Citações de livros e teses devem ser evitadas. Agradecimentos: Devem ser feitos às pessoas que contribuíram de forma importante para a realização da pesquisa ou escritura do manuscrito.TABELAS E FIGURAS Numeradas no corpo do texto com algarismos arábicos, encabeçadas por suas legendas, explicações dos símbolos no rodapé. A montagem das tabelas deve seguir as normas supracitadas de Vancouver. São consideradas figuras fotografias, gráficos e desenhos. Todas as figuras devem ser referidas no texto, numeradas consecutivamente por algarismos arábicos e acompanhadas de legendas descritivas.

MICROVIEW
Aparelhos Médicos

- **LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE VIDEOCIRURGIA**
- **VIDEOENDOSCOPIA**
- **CIRURGIA PEDIÁTRICA**
- **SALA INTEGRADA**

microview@microviewbrasil.com.br

TELS: (21) 3083-1325 | 2583-1224

www.microviewbrasil.com.br

PEQUENO PACIENTE, GRANDE RESPONSIBILIDADE.

APRESENTAMOS O MEGA SOFT PEDIÁTRICO DA MEGADYNE

45 MILHÕES DE PROCEDIMENTOS. ZERO QUEIMADURAS.

A EFICÁCIA DA TECNOLOGIA DO ELETRODO DE RETORNO MEGA SOFT FOI PROVADA SER MAIS SEGURA DO QUE AS PLACAS ADESIVAS (REM). AO DISPERSAR A CORRENTE ELÉTRICA SOBRE UMA ÁREA MAIOR, REDUZ O ACÚMULO DE CALOR E OFERECE MAIOR SEGURANÇA PARA SEUS PACIENTES. O MEGA SOFT ESTÁ DISPONÍVEL NOS TAMANHOS ADULTO E PEDIÁTRICO, FORNECENDO A SEGURANÇA IDEAL PARA TODOS OS SEUS PACIENTES.

CCL® MEDICAL

Para maiores informações sobre o Mega Soft e outros produtos Megadyne:
www.cclmedical.com.br