

OBESIDADE MÓRBIDA

Tratamento multidisciplinar
na Espírito Santo Saúde

CENTRO DE RITMO CARDÍACO

Uma nova forma de tratar
a arritmologia no Hospital da Luz

CASOS CLÍNICOS

Síndrome de Wolff-Parkinson White neonatal
Trombose venosa craniana

8% Garantido

Invista no seu futuro



Soluções Poupança

PPR Tranquilidade

O segredo para ter um futuro tranquilo na reforma está em começar a poupar o mais cedo possível.

A Tranquilidade disponibiliza uma equipa de especialistas para o ajudar a constituir um complemento de reforma, para assegurar o seu bem-estar e ter a garantia de rendimento adicional.

Até 13 de Junho, aproveite a oportunidade de garantir 8% sobre 50% do seu investimento em 2 meses. Ou seja 50% do investimento é rentabilizado a 8% durante 60 dias e após atingir a maturidade garante 4% até 31/12/08; os restantes 50% são remunerados a 4% desde a data de início do contrato e até ao final do ano de 2008 (TANB: Taxa Anual Nominal Bruta, líquida de encargos).

Para mais informações consulte
o seu Mediador ou uma Delegação
da Tranquilidade ou ainda
www.tranquilidade.pt



TRANQUILIDADE

Sumário

4 Obesidade mórbida

Tratamento diferenciado na Espírito Santo Saúde

12 Avanços clínicos

N.O.T.E.S., o desenvolvimento da cirurgia sem cicatrizes

14 Cardiologia

Ritmo cardíaco: revolução no Hospital da Luz

20 Caso clínico

Síndrome de Wolff-Parkinson White neonatal

22 Caso clínico

Cefaleias persistentes diagnosticam TVC

26 Imagem reais

Situs inversus totalis

28 Formação

A cirurgia da infertilidade e endometriose foi o tema do 12.º Curso de Endoscopia Ginecológica

32 Encontros médicos na ESS

Hospital de Santiago debate diabetes tipo 2

34 ESS lá fora e agenda

Os profissionais da ESS participam em fóruns médicos

Nota da direcção: Na primeira edição do suplemento *less pro* (Outubro-Dezembro de 2007), o texto "O médico associado e o hospital", publicado nas páginas 20 e 21 do referido suplemento, foi, por lapso, atribuído a João Paulo Gama, director da *less*. Tratou-se, obviamente, de um erro, pois o texto é da autoria da Dr.ª Maria de Lurdes Ventura. Assim, à visada e aos nossos leitores apresentamos as nossas desculpas.

JOÃO PAULO GAMA, DIRECTOR DA REVISTA *LESS*.

Construir um hospital

EMPENHADO na vivência diária da instituição que ajudei a criar, não tenho tido disponibilidade para pensar um pouco sobre o trabalho que a mesma necessitou para chegar a este ponto.

QUANDO A MAIOR parte das pessoas, sejam ou não leigos na área da saúde, olham, extasiadas, para o Hospital da Luz, não se apercebem do que está por trás da estrutura arquitectónica, e seria estultícia da minha parte debruçar-me sobre os aspectos técnicos inerentes à arquitectura ou à parte de estrutura; assim, hoje, vou falar-vos um pouco sobre a 'construção de um hospital' visto por um médico.

O MERCADO PRIVADO da hospitalização caracterizou-se até ao aparecimento impactante do Hospital da Luz em proporcionar aos doentes estruturas de razoável qualidade com um ambiente arquitectónico mais ou menos moderno, com mais ou menos suporte tecnológico, mas onde os médicos se deslocavam para um período curto da sua vida diária.

ERAM EM REDUZIDO número e dimensão as instituições onde um número significativo de médicos trabalhava em exclusividade e a maior parte dos que o fazia eram jovens que não tinham espaço nas instituições públicas



PROFESSOR JOSÉ ROQUETTE
DIRECTOR CLÍNICO DO HOSPITAL DA LUZ

ou aqueles que, atingido o planalto da sua carreira, optavam por sair, numa quase pré-reforma.

QUANDO PLANEÁ-MOS a construção médica do Hospital da Luz, assentámos numa filosofia de trabalho em permanência na instituição, e, assim, um número muito signifi-

cativo de colegas em instituições públicas e na fase ascendente da sua carreira aceitaram esta clara opção.

AGORA QUE 'as coisas estão a correr bem', é fácil perceber a opção, mas no início tal não era evidente. Mas este processo, depois de iniciado, assenta num contínuo de construção que passa, sobretudo, pela manutenção de um espírito de corpo em que todos os profissionais se sintam integrados e motivados. Esse trabalho depende de um esforço permanente que temos assumido como essencial, que faz parte integrante da nossa actividade como director clínico, e que passa pelo trabalho das várias comissões de apoio à direcção e pela actividade formativa, seja ela assente em reuniões, sessões anátomo-clínicas ou outras.

ESTE PRIMEIRO editorial é, por isso, um agradecimento aos colegas que até agora me têm apoiado neste desiderato e a todos os que me têm ajudado a 'construir este Hospital'.



CARLOS VAZ ●

Tratamento da obesidade mórbida

No Grupo Espírito Santo Saúde a obesidade é abordada por equipas multidisciplinares que têm em conta a origem multifactorial desta doença e as suas implicações a diversos níveis

Texto **Carlos Vaz** Infografias **Anyforms Design**
Fotografias **Bruno Barbosa** e **Estúdio João Cupertino**

A OBESIDADE é um problema de saúde pública complexo, com uma incidência elevada, crescente e preocupante entre a população ocidental. Em consequência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu-a como uma doença grave – independentemente das doenças que lhe possam estar associadas – e, mais, classificou-a como a epidemia do século.

A obesidade resulta, em última análise, da ingestão ao longo do tempo de um excesso de energia face às necessidades do organismo. Contudo, não é possível afirmar que a causa deste desequilíbrio seja apenas um excesso alimentar, pois para o desenvolvimento da obesidade contribuem numerosos factores, tanto inerentes ao indivíduo (genéticos e outros) como ao ambiente que o rodeia. Por outro lado, os riscos associados à obesidade são múltiplos e a sua incidência é directamente proporcional ao grau da doença. Incluem-se entre estes riscos a ocorrência de várias doenças graves,

nomeadamente doenças cardiovasculares, metabólicas, respiratórias e músculo-esqueléticas, entre outras, bem como uma maior probabilidade de morte prematura. A estes problemas somam-se dificuldades de natureza psicológica, social e económica que comprometem decisivamente a qualidade de vida.

A multiplicidade e a complexidade dos factores que, isoladamente ou de forma sinérgica, podem resultar no desenvolvimento de obesidade e as implicações desta doença a vários níveis justificam a abordagem multidisciplinar e integrada que é hoje reconhecida como correcta e imprescindível para o seu tratamento.

O tratamento da obesidade exige uma abordagem multidisciplinar e integrada

Assim, a sua avaliação, tratamento e seguimento carecem do envolvimento de profissionais de saúde de diferentes áreas e especialidades, com conhecimentos relativos à obesidade sob pontos de vista diversos. Só desta forma será possível determinar com rigor a estratégia de tratamento adequada a cada caso. Também, idealmente, esses profissionais devem coexistir num mesmo espaço, dotado de todos os recursos necessários para uma actuação sinérgica na abordagem da doença.

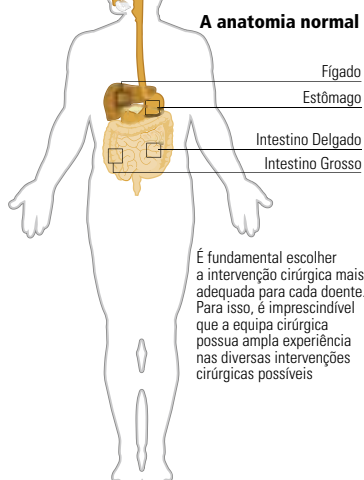
O objectivo geral do tratamento da obesidade é conseguir uma redução do peso corporal suficiente para que este deixe de representar um risco para a saúde. Este objectivo, embora, em regra, esteja longe dos desejos de muitos doentes, é o que responde às necessidades reais do organismo e que se baseia em expectativas realistas, tendo, portanto, uma maior probabilidade de sucesso.

Na generalidade dos casos, o tratamento da obesidade envolve alterações

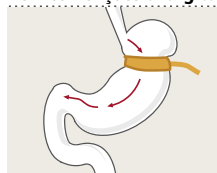
● Cirurgião geral e bariátrico do Hospital da Luz.

Cirurgia da Obesidade (ou Cirurgia Bariátrica)

Existem diversas intervenções cirúrgicas para tratar a obesidade

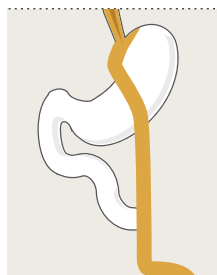


As intervenções cirúrgicas mais importantes



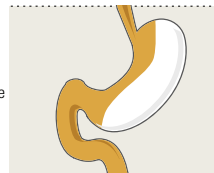
Banda Gástrica

O único mecanismo de acção é a restrição da ingestão de volumes sólidos de comida. É a menos eficaz e relaciona-se com um elevado índice de complicações de longo prazo.



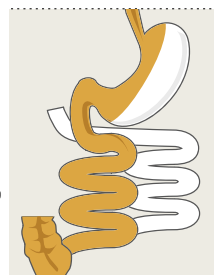
Bypass Gástrico

Operação mista, associa dois mecanismos de acção – restrição da ingestão de alimentos e redução da absorção intestinal. É muito eficaz e associa-se a uma excelente qualidade de vida e baixo índice de complicações. Considerada o *gold standard* para o tratamento cirúrgico da obesidade



Sleeve

O estômago é convertido numa manga em continuidade com o esôfago. Possui menos complicações de longo prazo e é mais fácil de converter noutra operação do que a banda gástrica



Derivação Biliopancreática Por Switch Duodenal

Operação mista mas com predomínio da redução da absorção intestinal. É a mais eficaz de todas as operações, mas é a que se associa a maior índice de complicações, no curto e no longo prazo. Em doentes seleccionados é frequentemente a melhor solução

dos hábitos de vida relacionadas com a alimentação e a actividade física. Estas são as medidas mais importantes em qualquer programa de perda de peso e devem ser as primeiras a ser adoptadas. Aos medicamentos é atribuído, no tratamento da obesidade, um papel complementar e as intervenções cirúrgicas devem ser reservadas para casos graves ou para situações em que estão presentes complicações que colocam a vida em risco. Naturalmente, uma intervenção cirúrgica de tratamento da obesidade, como qualquer outra intervenção cirúrgica, comporta riscos e complicações potenciais. No entanto, no caso da obesidade, os riscos e complicações devem ser ponderados tendo em consideração, por um lado, a sua incidência provável e, por outro, a gravidade e as condições gerais de saúde em que se encontra o candidato ao tratamento, especialmente quando

já estão presentes factores de risco de doenças graves. De facto, sabe-se hoje que, uma vez estabelecida uma obesidade severa ou mórbida – traduzida num índice de massa corporal superior a 35 kg/m² de superfície corporal –, o único tratamento que permite obter resultados satisfatórios e sustentados no tempo é a cirurgia.

Acontece que são estas precisamente as pessoas em que o excesso de peso representa um maior risco e em se impõe uma redução ponderal. Nestes casos, o sucesso do tratamento conservador será inferior a 5%.

AS DIFERENTES INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

As intervenções cirúrgicas actualmente recomendadas para o tratamento da obesidade podem ser divididas em três grupos, em função do mecanismo que induz a perda de peso:

a) Intervenções restritivas, em que é reduzida a capacidade de ingestão de alimentos. Actualmente, destacam-se como mais importantes neste grupo a banda gástrica ajustável e a gastrectomia em *sleeve*.

b) Intervenções indutoras de malabsorção, em que é induzida uma alteração do processo de digestão/absorção. Actualmente, destacam-se como mais importantes neste grupo a derivação biliopancreática por *switch* duodenal e a derivação biliopancreática por operação de Scopinaro, que envolvem também algum grau de restrição da capacidade de ingestão de alimentos.

c) Intervenções mistas, em que é reduzida, simultaneamente, a capacidade de ingestão e alterado o processo de digestão/absorção. Neste grupo insere-se ►



DE PÉ, da esq. para a dir.: José Lopes Soares (endocrinologia), Paulo Figueiredo (anestesiologia), Anita Pinto (psicologia clínica) e Sandra Faria (nutrição); sentados, da esq. para a dir.: Zélia Malta (psicologia clínica) e Mário Nora (cirurgia geral e bariátrica)

HOSPITAL DA ARRÁBIDA

ATENDIMENTO DIFERENCIADO

A filosofia de atendimento do paciente obeso no Hospital da Arrábida privilegia a humanização dos cuidados prestados. Entendemos ser a obesidade uma doença de origem multifactorial onde a cirurgia é parte e não o todo. Acreditamos que o doente deve assumir a responsabilidade da evolução do seu próprio tratamento e acreditamos ser muito importante informá-lo desta obrigação. O paciente necessita compreender que a cirurgia não cura a obesidade. Tal como em qualquer outra doença crónica, é necessária atenção e esforço durante toda a vida. Por isso foi estabelecido um programa, o qual, para além de ser assistencial, é educativo para os pacientes em relação às suas patologias e às possibilidades de tratamento. Muitos especialistas na área da cirurgia bariátrica consideram a cirurgia como

uma “ferramenta”. Ensinar o paciente a usar adequadamente esta ferramenta e tirar dela as maiores vantagens é a obrigação de qualquer equipa vocacionada para tratar pacientes obesos. Nesse sentido, criamos e mantemos uma equipa multidisciplinar especificamente treinada e que presta os cuidados de saúde baseada no conceito de TPC – *Total Patient Care* (cuidados totais aos pacientes). A nossa equipa é composta por cirurgiões, endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, gastroenterologistas, cirurgiões plásticos e enfermeiros. Em conjunto, assumimos o compromisso de tratar e seguir a evolução dos nossos pacientes num ambiente seguro e empático. Os doentes sabem que podem sempre contar com o nosso apoio e dedicação.

● Texto de Mário Nora, cirurgião geral e bariátrico do Hospital da Arrábida.

re-se o *bypass* gástrico em Y de Roux.

Os procedimentos restritivos são tecnicamente os mais simples; no entanto, é imprescindível a adopção pelos pacientes de alterações substanciais dos hábitos alimentares, pelo que a taxa de insucesso pode ser elevada no caso de incumprimento.

Por outro lado, embora permitam, na maioria dos casos, perder uma quantidade de peso corporal importante, o êxito a longo prazo dos procedimentos restritivos é inferior ao dos procedimentos indutores de malabsorção ou dos procedimentos mistos.

A banda gástrica ajustável divide o estômago em duas bolsas e limita a ingestão através de dois mecanismos: i) a obstrução à ingestão de alimentos sólidos devida ao volume reduzido da bolsa superior, e ii) a indução da saciedade consequente às refeições prolongadas, obrigatórias pela saída lenta dos alimentos da bolsa superior. Tem-se verificado que o primeiro mecanismo predomina sobre o segundo. O dispositivo de ajustamento do calibre da banda é colocado sob a pele, na parede abdominal, e este ajustamento é conseguido através da injeção de soro fisiológico.

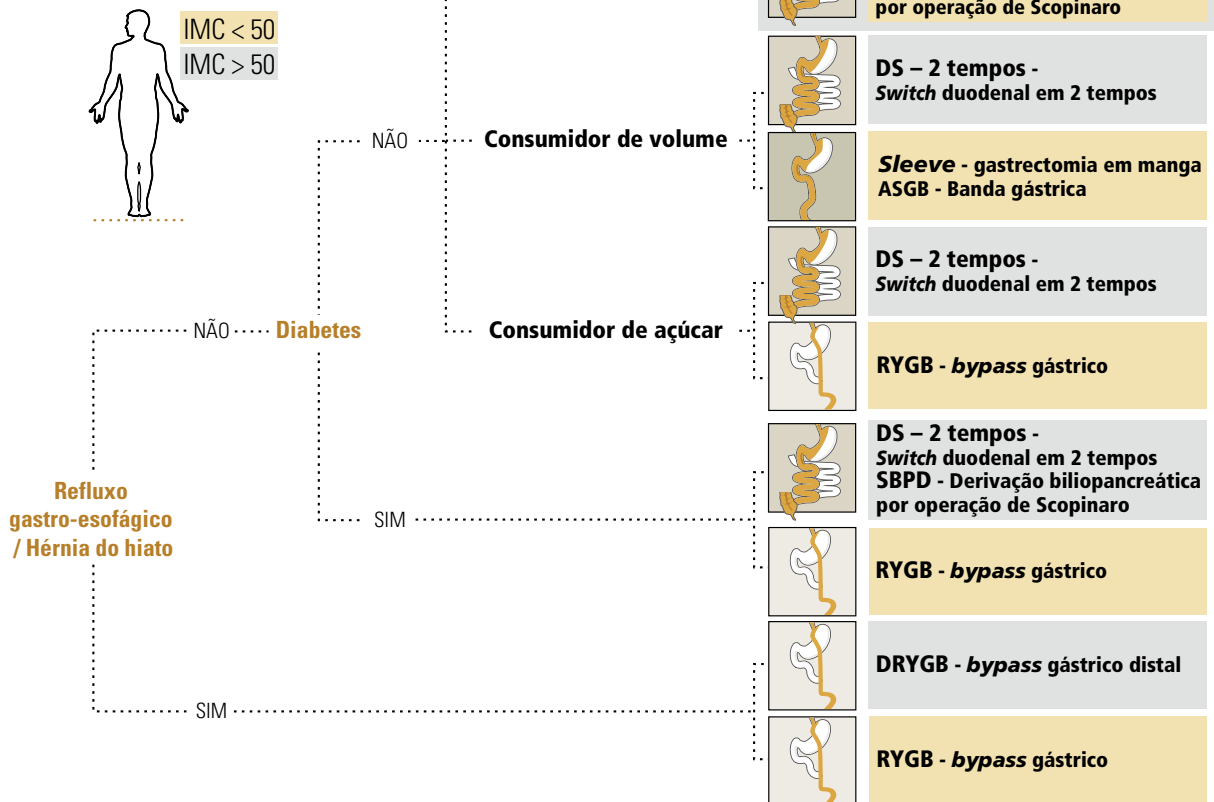
Na gastrectomia em *sleeve* é removida a região do estômago com maior capacidade de distensão e que, simultaneamente, é apontada como responsável pela secreção de substâncias relacionadas com a estimulação do apetite. Assim, a gastrectomia em *sleeve* limita a ingestão também através de dois mecanismos: i) reduzindo a capacidade de ingestão em consequência da menor capacidade gástrica, e ii) interferindo com a regulação do apetite.

A gastrectomia em *sleeve* é considerada actualmente uma alternativa

Algoritmo bariátrico

Uma vez colocada a indicação cirúrgica, a escolha da intervenção que mais se adequa a cada caso concreto é decidida entre o cirurgião e o doente, em função das várias alternativas disponíveis. No Hospital da Luz, o algoritmo bariátrico desenvolvido pelo Professor Jacques Himpens (Bruxelas, Bélgica) - cirurgião convidado do Hospital da Luz - é um instrumento auxiliar no processo de decisão. No final, o importante passa por oferecer ao doente a operação que melhor o serve, segundo os seus hábitos e necessidades

Variável para procedimento



importante à banda gástrica ajustável, pois permite, caso venha a ser necessário, a sua conversão num procedimento misto ou indutor de malabsorção.

Além disso, esta conversão é tecnicamente muito mais simples e comporta menos riscos após uma astrectomia em *sleeve* do que após uma banda gástrica ajustável. Este aspecto é tanto mais importante quanto se sabe

actualmente que as operações de conversão de procedimentos restritivos são cada vez mais comuns, seja devido a uma perda de peso insuficiente na sequência de uma banda gástrica ajustável seja em consequência de complicações várias relacionadas com a presença de um corpo estranho na cavidade abdominal.

Os procedimentos indutores de malabsorção têm a vantagem de per-

mitir uma perda de peso elevada sem condicionarem de forma importante a ingestão. Assim, não dependem de uma forma tão pronunciada como os procedimentos restritivos do cumprimento de regras de alimentação por parte dos pacientes.

A derivação biliopancreática por operação de Scopinaro envolve a remoção da região dos dois terços inferiores do estômago e a ligação da



DE PÉ, da esq. para a dir.: Rui Ribeiro (cirurgia geral e bariátrica), Tiago Morim (nutrição) e Hans Eickhoff (cirurgia geral e bariátrica); sentadas, da esq. para a dir.: Ana Guimarães (nutrição) e Sofia Pais (psicologia clínica)



bolsa gástrica remanescente ao íleon. Desta forma há: i) uma redução do volume gástrico; ii) uma alteração da velocidade de esvaziamento gástrico, que se torna mais rápida, e iii) um afastamento do duodeno e do jejuno do processo de digestão/absorção, limitando-se a transportar as secreções biliar e pancreática.

A derivação biliopancreática com *switch* duodenal envolve uma gastrectomia em *sleeve*, com as alterações já referidas para esta intervenção, e a ligação do estômago remanescente ao íleon, afastando também o duodeno e o jejuno do processo de digestão/absorção. O facto de neste caso não ser alterado o mecanismo de esvaziamento gástrico reduz a probabilidade de ocorrência de alguns efeitos secundários desagradáveis, mais comuns na derivação biliopancreática por operação de Scopinaro.

HOSPITAL DE SANTIAGO

APOIO VITALÍCIO É DECISIVO

Desde 2004 que existe no Hospital de Santiago o Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica. O funcionamento do grupo baseia-se na observação inicial dos doentes com possível indicação cirúrgica nas consultas de Cirurgia (Drs. Edgar Rosa, Hans Eickhoff e Rui Ribeiro), Psicologia (Dr.ª Sofia Pais) e Nutrição (Drs. Ana Guimarães e Tiago Morim). Esta abordagem inclui, para além de um historial clínico e nutricional exaustivo, uma avaliação psicológica e exames pré-operatórios, incluindo endoscopia digestiva alta, ecografia abdominal e um rastreio endocrinológico.

A colaboração de outras especialidades é solicitada com base na avaliação individual. As reuniões mensais do grupo multidisciplinar destinam-se à actualização permanente necessária,

bem como a discussão de casos complexos.

O Hospital de Santiago dispõe de um moderno bloco operatório com quatro salas de operações, recobro anestésico e equipamento de laparoscopia avançada, permitindo a execução de todas as intervenções bariátricas habituais, como gastrobandedoplastia, gastrectomia vertical calibrada (*Sleeve*) ou *bypass* gástrico. A Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) existente no hospital permite uma vigilância pós-operatória adequada, mesmo em doentes com multimorbilidade. Desde 2004 já foram realizadas mais que 100 intervenções bariátricas, todas por via laparoscópica.

O Grupo de Suporte de Cirurgia Bariátrica foi fundado em 2006, por iniciativa dos doentes e da equipa técnica, e é constituído pelos doentes

seguidos na consulta, operados ou não. As reuniões bimensais do grupo constituem um importante fórum para troca informal de informação entre os doentes e os elementos da equipa técnica, que participam com palestras monotemáticas a seu convite.

A obesidade é uma doença que requer o apoio vitalício de uma equipa dedicada, para consolidar os resultados obtidos, lidar com eventuais complicações e retrocessos, bem como contribuir para uma melhor qualidade de vida, a redução da mortalidade e a melhoria de doenças crónicas associadas. A equipa multidisciplinar de cirurgia bariátrica do Hospital de Santiago assumiu este compromisso.

● Texto de Hans Eickhoff, cirurgião geral e bariátrico e director clínico do Hospital de Santiago.

Os resultados conseguidos com os procedimentos mistos, nomeadamente com o *bypass* gástrico em Y de Roux, são muito bons, sobretudo quando comparados com os dos procedimentos puramente restritivos. O *bypass* gástrico em Y de Roux é mesmo a operação preferida na grande maioria dos centros especializados e especialmente dedicados ao tratamento cirúrgico da obesidade no mundo ocidental, sendo considerado actualmente a intervenção *gold standard* no tratamento cirúrgico da obesidade.

O *bypass* gástrico em Y de Roux envolve um componente restritivo importante e um componente de indução de malabsorção mais ligeiro do que o dos procedimentos indutores de malabsorção referidos anteriormente. No *bypass* gástrico em Y de Roux é criada uma pequena bolsa na região superior do estômago, que tem como

A operação escolhida tem de ser a adequada às circunstâncias do doente e da sua doença

objectivo conseguir uma limitação importante da capacidade de ingestão. Esta bolsa é ligada ao intestino delgado na região do jejuno, ultrapassando, assim, apenas o duodeno, pelo que a acção das secreções biliar e pancreática é impedida, embora a extensão de intestino afastada da digestão/absorção seja substancialmente inferior à dos procedimentos indutores de malabsorção.

Assim, as implicações do *bypass* gástrico em Y de Roux ao nível da absorção de microelementos e de ácidos aminados são mínimas, sendo, em regra, apenas necessária uma suplementação vitamínica vitalícia.

A intervenção cirúrgica a escolher para cada paciente em que o tratamento cirúrgico da obesidade esteja indicado tem obrigatoriamente de ter em consideração as suas características individuais e as especificidades da sua doença, isto é, a operação escolhida, entre aquelas que os conhecimentos científicos e técnicos aconselham, tem de ser a adequada à circunstância concreta do doente e da sua doença. Não é o doente que deve adaptar-se, seja qual for a situação, à operação que é possível realizar num determinado local.

Torna-se, portanto, fundamental que em qualquer centro de tratamento

AS VANTAGENS DO BYPASS

O *bypass* gástrico é uma das técnicas cirúrgicas utilizadas no controlo da obesidade mórbida e das doenças associadas, ditas “comorbilidades”. É também a operação usada com maior frequência. O *bypass* gástrico é uma operação de tipo misto, mais complexa que a banda ou o *Sleeve*, com aspectos técnicos por vezes difíceis de contornar e que obrigam a que seja executada apenas por equipas cirúrgicas particularmente dedicadas ao tratamento da obesidade. Só dessa forma se pode obter a experiência e a rotina indispensáveis à sua realização dentro de estreitos limites de segurança, como acontece nos hospitais do Grupo Espírito Santo Saúde. Um obeso com um *bypass* gástrico, devidamente avaliado e acompanhado por uma equipa multidisciplinar bem estruturada, obtém uma redução do

excesso de peso que, em média, ronda 70% a 80% ao fim de um ano: ou seja, um doente com 100 kg de peso a mais em relação ao seu peso ideal perderá, estatisticamente, 70 a 80 kg num ano. Este resultado é constante e acontece em 95% dos casos. Mas mais importante é a resolução impressionante e nunca antes observada das doenças associadas, resultando num ganho de longevidade (5 a 20 anos) e a uma verdadeira melhoria da qualidade de vida. Esclareça-se que um doente com *bypass* faz uma vida completamente normal, com excepção de ter um regime alimentar mais correcto que a generalidade da população e estar sujeito a observação e aconselhamento regulares, onde, a par do apoio psicológico e nutricional, há lugar a medicação com suplementos vitamínicos e minerais regulares. Também é aconselhada a toma de medicação protectora gástrica

quando há necessidade de tomar medicamentos agressivos para o pequeno estômago. Como qualquer outra pessoa, deve ainda fazer exames anuais para despiste de eventuais carências ligadas ao componente malabsortivo e com o intuito de as corrigir caso apareçam. Às mulheres é recomendado que não engravidem nos primeiros dois anos a seguir à cirurgia. Mas, claro, também existem contrariedades. O *bypass* gástrico é uma técnica que, para além de não dispensar a total colaboração do doente nas regras instituídas pela equipa terapêutica, incorre ainda em aspectos que se traduzem na existência, dada a complexidade técnica da operação, de uma taxa de complicações cirúrgicas em redor de 10%. Mas estes riscos são, por definição, inferiores ao risco de complicações médicas ou mesmo de morte súbita associadas à obesidade.

● Texto de Rui Ribeiro, cirurgião geral e bariátrico do Hospital de Santiago.

da obesidade a equipa cirúrgica esteja habilitada e tenha experiência na realização das diversas intervenções cirúrgicas aconselhadas para o tratamento da obesidade.

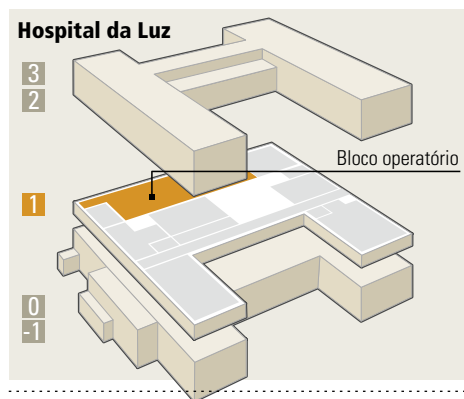
BENEFÍCIOS DA CIRURGIA

Deve salientar-se que de entre os benefícios associados à cirurgia da obesidade a perda de peso é o mais imediato. Contudo, este benefício não é necessariamente o mais importante. Estão documentados outros efeitos benéficos consequentes ao tratamento cirúrgico da obesidade, que se traduzem numa redução importante da mortalidade e da morbilidade associadas à obesidade. Por exemplo, a diabetes e a hipertensão arterial ficam curadas em cerca de 80% dos casos e melhoram nos restantes. Estima-se também que o tratamento cirúrgico da obesidade resulte numa melhoria importante da qualidade de vida em cerca de 98% dos pacientes.

Nenhum tratamento da obesidade, cirúrgico ou outro, é sinónimo, por si só, de resultados duradouros ou definitivos. Com efeito, o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade a longo prazo não é garantido pela recuperação depois da intervenção nem pode, em qualquer circunstância, depender apenas dos pacientes, pois está estreitamente relacionado com o seu seguimento. Torna-se, assim, imprescindível o estabelecimento de um programa de *follow-up* a cumprir por parte dos pacientes. Este programa pode desempenhar um papel determinante na detecção de variações indesejáveis do peso e contribuir para a resolução de problemas que eventualmente surjam. ●

“Sala Inteligente” do bloco operatório do hospital da luz

A **cirurgia da obesidade** é realizada numa sala especial, preparada para cirurgia minimamente invasiva, onde os equipamentos permitem a gravação de rotina de todos os procedimentos, bem como a respectiva partilha com outros centros ou com salas de congressos, em tempo real, por vídeo-conferência. Na gestão das múltiplas funcionalidades, o cirurgião assume directamente o comando



Bloco operatório – “sala inteligente”

Monitor LCD de parede; equipado com câmara e utilizado para videoconferência



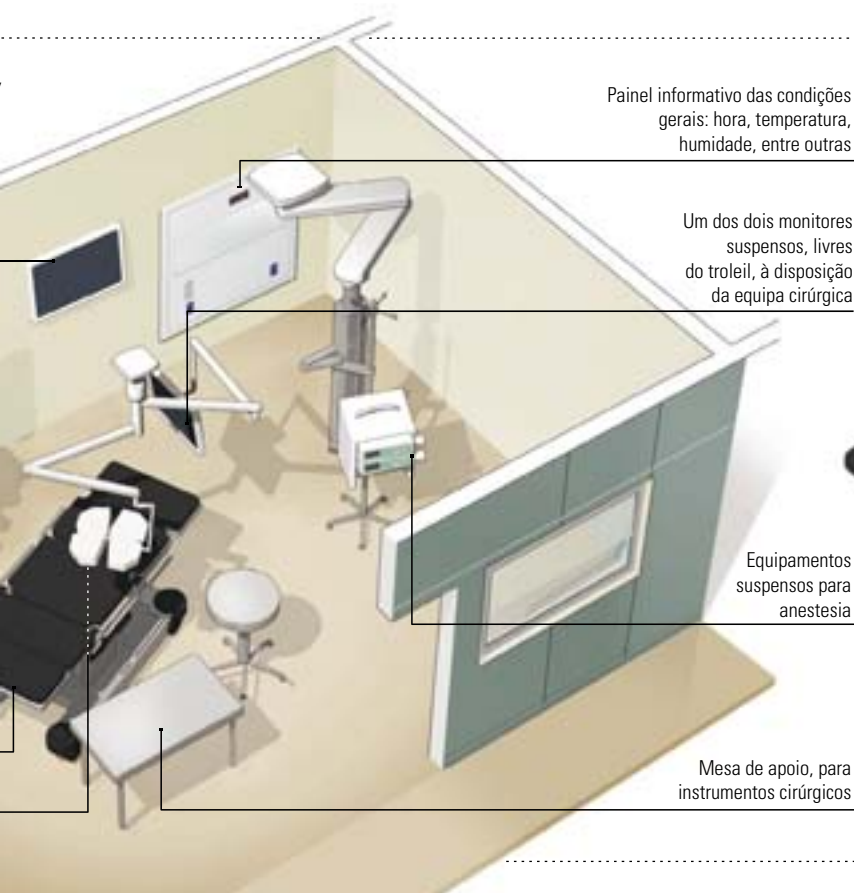
HOSPITAL DA LUZ

INTEGRAÇÃO E COMPLEMENTARIDADE

O Centro de Tratamento da Obesidade do Hospital da Luz (mais informação em www.hospitaldaluz.pt) agrega um conjunto de valências humanas, físicas e tecnológicas que tem como eixo orientador da sua estratégia uma abordagem multidisciplinar e integrada da obesidade, com o objectivo de intervir de uma forma atempada e eficaz tanto ao nível do tratamento como da profilaxia desta doença. A actuação do Centro de Tratamento da Obesidade do Hospital da Luz, tal como é norma nos hospitais do Grupo Espírito Santo Saúde, começa na avaliação da doença, continua na

instituição do tratamento adequado, acompanha a recuperação e o retorno à vida quotidiana normal e continua com um *follow-up* vitalício adequado a cada circunstância específica, necessário à consolidação dos resultados obtidos e à vigilância do paciente. Para este efeito, na equipa que integra o Centro de Tratamento da Obesidade do Hospital da Luz incluem-se vários profissionais de saúde, que nas diferentes vertentes da sua actividade actuam junto dos pacientes de uma forma integrada e complementar. A equipa cirúrgica do Centro de Tratamento da Obesidade do Hospital da Luz possui uma vasta experiência na realização de todas as intervenções

● Texto de Carlos Vaz, cirurgião geral e bariátrico do Hospital da Luz.



A sala está equipada com um OR 1 Karl Storz para a cirurgia minimamente invasiva e com uma marquesa de grande capacidade para doentes obesos.

Marquesa Operatória

Especialmente concebida para cirurgia bariátrica, a marquesa suporta peso até 450 kg. Com esta carga permite fazer todos os posicionamentos necessários em segurança, mesmo que levados ao extremo.



cirúrgicas recomendadas actualmente para o tratamento da obesidade e realiza-as por via minimamente invasiva. O *follow-up* dos pacientes submetidos a um tratamento cirúrgico da obesidade é um componente imprescindível do tratamento. No desenho do programa de *follow-up* de cada paciente o objectivo é também uma abordagem multidisciplinar e integrada e uma intervenção eficaz. Idealmente, todos os profissionais envolvidos no tratamento da obesidade devem estar organizados em equipa e ter uma ampla experiência de seguimento de doentes submetidos a programas de tratamento da obesidade, o que acontece com a equipa do Hospital da Luz.



DE PÉ, DA ESQ. PARA A DIR.: Carlos Vaz (cirurgia geral e bariátrica), José Damião Ferreira (cirurgia geral e bariátrica), António Garrão (endocrinologia), João Borges (cirurgia plástica reconstrutiva e estética), David Serra (gastroenterologia), Mónica Santos (dieta e nutrição) e Paulo Roquete (cirurgia geral e bariátrica). Sentados, da esq. para a dir.: César Resende (cirurgia geral e bariátrica), Helena Brazão (medicina geral e familiar), António Messias (medicina interna), Vasco Oliveira (psicologia) e José Guimarães Ferreira (cirurgia plástica reconstrutiva e estética)



PROF. JACQUES HIMPENS ●

N.O.T.E.S. Cirurgia sem cicatrizes

Além da questão cosmética, a maior vantagem da N.O.T.E.S. será evidente no tratamento da obesidade mórbida, pela possibilidade de evitar a barreira formada pela gordura perivisceral

O APARECIMENTO da laparoscopia, há cerca de 20 anos, permitiu ultrapassar a barreira da parede abdominal no acesso aos órgãos intraperitoneais. Através de pequenos orifícios, passou a ser possível um acesso quase ilimitado à cavidade peritoneal, bem como ao mediastino (videomediastinoscopia), ao tórax (videotoracoscopia), ao retroperitoneu (retroperitoneoscopia, especialmente em urologia) e mesmo aos espaços subcutâneos da axila (axiloscopia para esvaziamento ganglionar axilar) e dos membros inferiores para o tratamento de varizes.

Contudo, o acesso ao lúmen de certos órgãos para procedimentos intraluminais tinha de fazer-se através de incisões cutâneas, por pequenas que fossem. O acesso às vísceras ocas era possível através dos orifícios naturais (boca, ânus, árvore traqueo-brônquica), mas as insuficiências mecâni-

cas dos instrumentos então utilizados na videoendoscopia através de orifícios naturais não permitia a realização de verdadeiras intervenções cirúrgicas por via intraluminal.

Nos anos 80, a equipa do Prof. M. Cremer, no Hospital de Erasmus, em Bruxelas, realizou as primeiras gastrocistotomias conectando o estômago com pseudoquistos do pâncreas sem quaisquer incisões na pele. Surgiu

Para os mais cépticos, será provavelmente útil recordar que há 20 anos a laparoscopia foi considerada uma curiosidade sem futuro. Observemos, com o espírito aberto, o desenvolvimento da N.O.T.E.S.

assim um novo tipo de abordagem cirúrgica, hoje conhecido por cirurgia endoscópica transluminal por orifícios naturais – N.O.T.E.S. (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery).

NOVOS INSTRUMENTOS NA CALHA

Nageswar Reddy aprofundou o conceito, perfurando a parede do estômago para chegar a outros órgãos intraperitoneais. Realizou com sucesso apendicectomias transorais, a que se seguiram, pouco depois, colecistectomias pela mesma via (Lee Swans-trom). A equipa do Prof. Maresceaux, em Estrasburgo, usou outro orifício natural – a vagina – para realizar uma colecistectomia sem cicatrizes cutâneas, evitando assim um inconveniente maior da novel técnica: a necessidade de uma incisão da parede gástrica, quer para atingir a cavidade

● Director do Centro de Obesidade do Hospital Edith Cavell, Bruxelas, Bélgica.

Director do Departamento de Cirurgia da Obesidade do Hospital de Sint Blasius, Dendermonde, Bélgica.

Consultor de cirurgia do Departamento de Cirurgia Gastro-Intestinal do Saint Pierre University Hospital, Bruxelas, Bélgica.

Co-director dos cursos de Cirurgia Minimamente Invasiva (com o Prof. GB Cadière) da European School of Laparoscopic Surgery.



peritoneal quer para remover a peça operatória.

Uma equipa portuguesa realizou intervenções transvesicais interessantes e conseguiu alcançar o tórax por esta via. Em condições experimentais, foram realizadas com sucesso peritoneoscopia transanal transcólica e ressecções cólicas intraperitoneais. Foram realizadas em laboratório esplenectomias, adrenalectomias e nefrectomias transgástricas, especialmente no John's Hopkins Medical Center, em Baltimore.

A N.O.T.E.S. é hoje objecto de uma actividade de investigação intensa, que visa desenvolver novos instru-

mentos que possam ser usados através dos endoscópios, ou em conjunto com estes, e que resolvam os problemas mecânicos encontrados até à data: transferência de força mecânica, falta de triangulação de instrumentos, liberdade de movimentos reduzida... Obviamente, abre-se aqui um campo completamente novo para a aplicação da tecnologia robótica.

Além da vantagem cosmética óbvia, evitando quaisquer cicatrizes cutâneas, a maior vantagem da N.O.T.E.S. será observada no tratamento da obesidade mórbida, uma vez que a imensa barreira formada pela gordura perivisceral é evitada

pela abordagem intraluminal isenta de gordura.

Enquanto as gastroplastias em *sleeve* (manga) estritamente intraluminais se executam hoje por via endoscópica transoral, quase que por rotina, num futuro próximo a parede visceral poderá ser violada com segurança e, assim, permitir a realização de anastomoses; isto levará, muito provavelmente, à realização das operações bariátricas actuais de uma forma mais cómoda e segura. Muitos dos instrumentos necessários para isto já existem (por exemplo, o Endostitch flexível, da Covidien) e aguardam apenas rotulagem conforme da União Europeia.

Para os mais cépticos, será provavelmente útil recordar que há 20 anos a laparoscopia foi considerada uma curiosidade sem futuro. Observemos com um espírito aberto o desenvolvimento da N.O.T.E.S. ●



PEDRO ADRAGÃO ●

Arritmologia: a revolução do ritmo cardíaco

A fibrilhação auricular pode tratar-se através da colocação de electrocateteres que permitem a ablação de zonas arrítmicas por radiofrequência

Texto **Prof. Pedro Adragão** Fotografias **Estúdio João Cupertino**

O CORAÇÃO é um órgão com características excepcionais. O coração tem o seu próprio sistema eléctrico e bate (contrai), em média, 100.000 vezes por dia, três milhões de vezes por mês, 36 milhões de vezes por ano. Muitos de nós esquecemo-nos de que ele existe até que haja sintomas de mau funcionamento.

Abusamos do *stress*, não cuidamos da alimentação, somos seden-

tários ou então somos exagerados e muitas vezes inconstantes ao fazermos actividade física.

Esperamos sempre que ele nos acompanhe sem pestanejar durante a nossa maratona vital. Ficamos admirados quando, um dia, ele nos diz “já chega”!

As perturbações da actividade eléctrica do coração têm implicações determinantes na sobrevida do ser

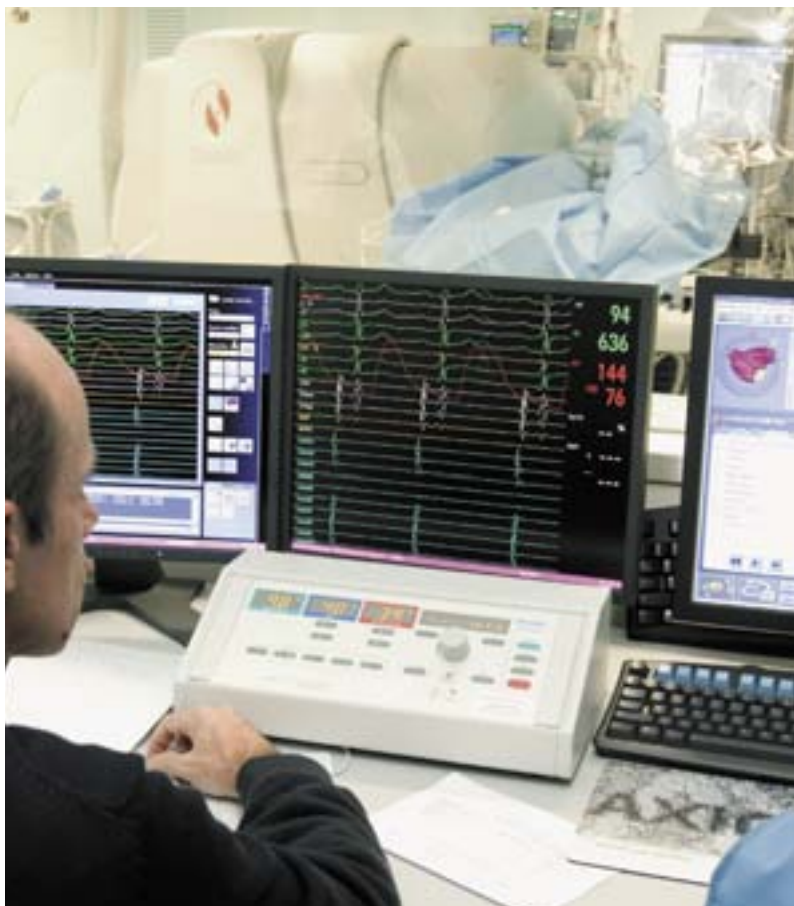
humano. Elas podem ser mínimas, isoladas, sem significado clínico, como é o caso de uma extrassístole, ou serem graves, pondo em risco a vida, de forma imediata, como acontece na fibrilhação ventricular, ou de forma prolongada condicionando e comprometendo a sua qualidade e duração, como se verifica na fibrilhação auricular e na dissincronia ventricular, a qual muitas vezes acompanha a insuficiência cardíaca. Aliás, a importância das arritmias ficou bem expressa com a problemática da morte súbita cardíaca.

A morte súbita cardíaca é a primeira causa de morte nos países desenvolvidos (> 300 mortes por milhão de habitantes/ano), sendo responsável por mais mortes que a totalidade dos principais cancros (pulmão, mama, tubo digestivo) e a sida, no seu conjunto.

Dois terços das mortes súbitas não traumáticas são de causa cardíaca. Metade dos doentes cardíacos morre subitamente e a principal patologia



● Cardiologista, electrofisiologista e coordenador do Centro de Ritmo Cardíaco do Hospital da Luz.



Está comprovado que a implantação de um CDI prolonga a vida nos doentes com má contracção ventricular

Actualmente, na União Europeia, apenas um quarto dos doentes que sofrem uma paragem cardíaca em ambiente extra-hospitalar consegue ser eficazmente reanimado.

Em Portugal, estes números não são melhores. É por isso necessário localizar os desfibriladores automáticos externos em locais públicos de maior risco e ensinar à população as manobras básicas de suporte de vida nas escolas, nos ginásios e nas empresas.

A comunidade médica tem vindo a criar as condições para essa formação, mas a sociedade, no seu todo, deve organizar-se para combater e controlar a primeira causa de morte, que é a morte súbita cardíaca.

Nos doentes com cardiopatia isquémica, e sobretudo nos que têm má função ventricular e insuficiência cardíaca, é necessário uma terapêutica preventiva, dado o elevado risco a que estão sujeitos. Nestes doentes, está indicada a implantação de cardioversores desfibriladores (CDI), aparelhos implantáveis como um *pacemaker*, que têm uma duração média de seis ►

subjacente é a cardiopatia isquémica.

A grande maioria das pessoas que morre subitamente (em menos de uma hora desde o início dos sintomas), morre devido a uma arritmia (fibrilhação ventricular). Estas mortes estão bem documentadas, pois algumas têm sido observadas em directo por milhões de espectadores. Após a sua observação, é fácil explicar as características dramáticas deste tipo de morte e baixa taxa de sucesso da reanimação, mas é também obrigatório diferenciar riscos, controlar os factores predisponentes e promover a prevenção terapêutica dos doentes com maior risco.

FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR, A PRIMEIRA CAUSA

O controlo dos factores de predisponentes para a cardiopatia isquémica vai diminuir o número de doentes coronários e dessa forma reduzir o número de mortes súbitas, mas é necessário tratar os doentes que já estão em risco. Há que ter meios disponíveis para tratar de imediato os doentes acometidos de paragem cardíaca e assim evitar a morte súbita. A fibrilhação ventricular, arritmia responsável pela morte súbita, só tem um tratamento eficaz, que é a desfibrilhação por choque eléctrico imediatamente após o início do episódio (primeiros minutos).

PROFESSOR PEDRO ADRAGÃO

MÉDICO pela FCML desde 1981.

DOUTOROU-SE em Medicina, por unanimidade, distinção e louvor, em 2005, pela mesma Faculdade (tese de dissertação: *A ablação da fibrilhação auricular: do tratamento cirúrgico à intervenção percutânea. O isolamento das veias pulmonares*).

É CARDIOLOGISTA desde 1991, tendo sido aprovado com a classificação de muito bom, com distinção e louvor, e electrofisiologista cardíaco pela Ordem dos Médicos.

ASSISTENTE estrangeiro da Universidade de Paris desde 1990.

INTRODUZIU a electrofisiologia de intervenção em Portugal (ablação por cateter em 1990 e implantação de cardioversores desfibriladores em 1992).

RESPONSÁVEL da Unidade de Arritmologia do Hospital de Santa Cruz (CHLO).

COORDENADOR da Comissão Técnica da Subespecialidade de Electrofisiologia Cardíaca da Ordem dos Médicos.

PRESIDENTE HONORÁRIO da Associação Portuguesa de Arritmologia, Pacing e Electrofisiologia (APAPE) da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, após ter sido presidente (biénio de 2003-2005).

VICE-PRESIDENTE do Instituto Português do Ritmo Cardíaco.

TEM MAIS de 60 artigos publicados em revistas científicas indexadas, nacionais e estrangeiras, e mais de 200 comunicações científicas em congressos nacionais e internacionais.

É MEMBRO da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, da Sociedade Europeia de Cardiologia, da Associação Europeia do Ritmo Cardíaco (EHRA) e da Sociedade Norte-Americana do Ritmo Cardíaco (HRS).

FOI BOLSEIRO da NATO, da JNICT e do Ministério da Saúde.

INICIOU no Hospital da Luz a navegação magnética (Stereotaxis).



a sete anos e que, em caso de aparecimento de uma fibrilhação ventricular, conseguem terminá-la de imediato.

Com largas dezenas de milhares de doentes tratados, está actualmente comprovado que a simples implantação de um CDI prolonga a vida nos doentes com má contracção ventricular (fracção de ejeção < 35%), e os doentes que se encontrem nestas condições têm hoje uma maior esperança de vida.

A insuficiência cardíaca é o estágio final das diferentes patologias cardíacas. A sua incidência (três novos casos por 1000 habitantes/ano) e prevalência (0,2% a 2%) tem au-

mentado nas últimas décadas, com o crescimento do número de doentes coronários e também com o aumento da sobrevivência da população, factores a que se juntam o envelhecimento das sociedades desenvolvidas.

Estes doentes têm uma progressiva deterioração da sua qualidade de vida, ficando muito limitados e necessitando, muitos deles, de longos períodos de internamento hospitalar.

FIBRILHAÇÃO AURICULAR, UMA CAUSA DE AVC

Mas existe hoje uma nova alternativa terapêutica para os doentes com insuficiência cardíaca que se mantêm



Procedimento de cateterização de doente

A hipertensão arterial é a primeira causa para o aparecimento de fibrilhação auricular, que tem maior prevalência nos homens

muito sintomáticos apesar de terem uma terapêutica farmacológica optimizada caso tenham também dissincronia ventricular (15% a 20%).

A implantação de sistemas de estimulação eléctrica biventriculares permite ressincronizar a contracção ventricular. Estes sistemas, de forma isolada ou acoplados a cardioversores desfibriladores, demonstraram melhorar os sintomas, reduzir os internamentos hospitalares e aumentar a sobrevida. Alguns doentes que se encontravam a aguardar transplantação cardíaca puderam recuperar, tornando desnecessária a transplantação.

Convém lembrar que os acidentes vasculares cerebrais são uma causa de morte muito frequente em Portugal, sendo responsáveis por aproximadamente 20.000 mortes por ano. Um quinto destes óbitos (4000) pode estar associado a fenómenos embólicos em

doentes com fibrilhação auricular.

A fibrilhação auricular é, de facto, a arritmia mantida mais frequente e aquela que motiva maior número de internamentos hospitalares. A hipertensão arterial é a primeira causa para o aparecimento de fibrilhação auricular, e esta tem uma maior prevalência no sexo masculino e nas faixas etárias mais idosas, duplicando a partir dos 50 anos de idade por cada década de vida a mais (maior que 2% depois dos 65 anos).

Este tipo de arritmia diminui a qualidade de vida, provocando cansaço exagerado, sobretudo para esforços que eram habitualmente realizados com facilidade, podendo causar sintomas de insuficiência cardíaca, os quais, por si só, aumentam a mortalidade.

Por outro lado, o tratamento farmacológico é muitas vezes ineficaz e ►

CENTRO DE RITMO CARDÍACO: UMA UNIDADE INOVADORA NO HOSPITAL DA LUZ

RECONHECENDO o impacto epidemiológico das arritmias cardíacas, o Grupo Espírito Santo Saúde criou, no Hospital da Luz, o Centro do Ritmo Cardíaco, cuja equipa, coordenada pelo Prof. Pedro Adragão, é constituída pelos cardiologistas Diogo Cavaco, Katya Reis dos Santos, Leonor Parreira e Manuel Abecasis. O Centro do Ritmo Cardíaco é uma unidade inovadora, que pretende conciliar a medicina convencional com as novas tecnologias de intervenção para se obter um tratamento completo dos doentes com perturbações do ritmo cardíaco. O Centro dispõe da unidade de arritmologia de intervenção mais

moderna e melhor apetrechada a nível nacional. Ao introduzir na Península Ibérica a navegação magnética cardíaca (Stereotaxis), o Hospital da Luz trouxe a tecnologia mais sofisticada para a cateterização cardíaca. Deve salientar-se que a navegação magnética utiliza cateteres muito flexíveis, que permitem uma cateterização muito mais segura, com menor exposição aos raios X tanto para o doente como para os operadores. Esta tecnologia torna possível a robotização e a cateterização computadorizada, com mapeamentos programáveis, capacidade de retornar automaticamente a zonas predefinidas, evitando os

riscos associados à movimentação dos cateteres, sendo mais fácil contornar as barreiras anatómicas que tornam difícil atingir alvos terapêuticos no interior das cavidades cardíacas. Por esta razão, a navegação magnética é aceite como a tecnologia preferencial nas terapêuticas por ablação, sendo muito importante no tratamento invasivo da fibrilhação auricular. Esta é também uma tecnologia que pode auxiliar na cateterização de pequenas veias tributárias do seio coronário, permitindo a ressincronização em doentes com insuficiência cardíaca e bloqueio completo de ramo esquerdo e acessos venosos complexos.

pode mesmo ser prejudicial. Apenas a anticoagulação já mostrou ser vantajosa na prevenção dos fenómenos trombo-embólicos associados à fibrilhação auricular.

A OPÇÃO PELA ABLAÇÃO POR CATETER

Hoje é possível tratar a fibrilhação auricular por técnicas de intervenção percutânea, que consistem num cateterismo

com colocação de electrocateteres nas diferentes câmaras cardíacas para se efectuar o estudo electrofisiológico (registo da actividade eléctrica intracardíaca) com identificação das zonas arrítmicas e posterior tratamento por ablação com energia de radiofrequência (destruição térmica selectiva das zonas arrítmicas).

Esta intervenção já permitiu tratar em todo o mundo milhares de doentes

com fibrilhação auricular. O tratamento actual consiste no isolamento das veias pulmonares. Este tratamento foi inicialmente concebido em Portugal (1996), no Hospital de Santa Cruz, pelo Prof. Doutor Queiroz e Melo, como um tratamento cirúrgico.

No mesmo ano foi por nós transformado numa técnica de intervenção percutânea sem necessidade de cirurgia e tem sido progressivamente adoptado como o tratamento ablativo de referência para a fibrilhação auricular, sendo efectuado por rotina em centenas de laboratórios de electrofisiologia espalhados por todo o mundo.

A verdade é que o número de doentes a tratar é enorme, prevenindo-se que a ablação de fibrilhação auricular venha a ser o tratamento mais frequentemente efectuado em arritmologia de intervenção. Já se demonstrou a sua vantagem sobre a terapêutica farmacológica anti-arrítmica e está a estudar-se o seu impacto na redução do número de acidentes vasculares cerebrais. ●



Monitorização de procedimentos na sala de comando do CRC do Hospital da Luz

QUATRO VALÊNCIAS-CHAVE DO CENTRO DE RITMO CARDÍACO

O CENTRO de Ritmo Cardíaco do Hospital da Luz escolheu quatro grandes valências para o tratamento dos doentes com arritmias, a saber:

- 1.ª A consulta especializada de Arritmologia, apoiada por técnicas não invasivas de diagnóstico, que incluem o *Holter* (ECG de 24 horas), os registadores de eventos telemétricos e os testes de inclinação (*Tilt test*);
- 2.ª A unidade de síncope, arritmias de causa genética e ritmologia do esforço, para diagnóstico da etiologia e dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes, bem como a prevenção, controlo de sintomas e avaliação prognóstica;
- 3.ª A unidade de dispositivos implantáveis, para implantação e controlo de detectores de eventos de longa duração, *pacemakers*, cardioversores desfibriladores

(CDI) e sistemas de ressincronização cardíaca (CRT). Trata-se de uma unidade vocacionada para diagnosticar e seguir os doentes com elevado risco de disritmias ventriculares malignas;

4.ª A Clínica de Fibrilhação Auricular, para o tratamento actualizado da arritmia mantida mais frequente e que tem importante repercussão social dadas a sua morbilidade e mortalidade não serem negligenciáveis. Além dos tratamentos farmacológicos, é possível nesta unidade programar e efectuar em tempo útil os tratamentos de intervenção recomendados para o seu controlo. Pelas suas características, o Centro do Ritmo Cardíaco do Hospital da Luz é um centro de referência internacional para formação e investigação em electrofisiologia de intervenção,

nomeadamente no mapeamento electro-anatómico tridimensional, e na navegação magnética. É também um centro de referência para a implantação de cardioversores desfibriladores e sistemas de ressincronização ventricular. Por este motivo, o Hospital da Luz tem sido distinguido com a visita de arritmologistas de renome internacional e tem previsto desenvolver programas de formação e diferenciação em electrofisiologia para médicos cardiologistas. A revolução nas terapêuticas associadas a perturbações do ritmo cardíaco chegou com o novo milénio e vai poder melhorar a qualidade de vida dos seres humanos, e o Hospital da Luz colocou-se na linha da frente na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, promovendo a saúde em Portugal.



Tranquilidade lança uma nova família de SEGUROS DE SAÚDE

Sanos Individual, Sanos Sênior, Sanos Estudante e Sanos Sorriso formam o conjunto das inovadoras soluções de saúde que a Tranquilidade disponibiliza para que os portugueses possam satisfazer as suas necessidades específicas de cuidados de saúde, proporcionando assim uma vida mais saudável.

A aposta da Tranquilidade nestes produtos traduz o reforço do posicionamento pretendido pela seguradora no sector da saúde, em linha com o protagonismo que o Grupo Espírito Santo tem vindo a conquistar neste âmbito.

Cobertura alargada de riscos de Saúde para todos os perfis de Cliente

O novo seguro de saúde da Tranquilidade, **SANOS** está entre os mais abrangentes do mercado, oferecendo um leque alargado de opções, desde as mais simples à cobertura de doenças graves. Com quatro opções de coberturas e capitais, o **SANOS** adapta-se a cada tipo de cliente, desde as opções básicas – com cobertura apenas para hospitalização e ambulatório – às opções mais sofisticadas, com uma cobertura completa de todos os tipos de despesas que podem afectar a saúde.

Entre as principais características diferenciadoras está a oferta de uma opção com capitais muito elevados em todas as coberturas, incluindo a possibilidade de tratamento de doenças graves nos melhores hospitais do mundo. Nesta opção, as despesas relacionadas com determinadas situações clínicas mais complicadas estão cobertas com um capital de um milhão de euros.

Sobre as vantagens que oferece destacam-se ainda a cobertura das despesas de parto, a cobertura de estomatologia com preços competitivos e gratuidade em alguns actos médicos e a possibilidade de um capital de 150 mil euros praticamente inédito nos seguros de saúde em Portugal em valores de hospitalização e em cobertura de despesas de saúde fora de Portugal com livre escolha do médico ou clínica.

Primeiro Seguro de Saúde para estudantes no estrangeiro

O **SANOS Estudante** foi pensado especificamente para tranquilizar os pais dos estudantes portugueses que optam por estudar no estrangeiro, nomeadamente no âmbito do Programa Erasmus, garantindo aos jovens o acesso a cuidados de saúde mais especializados. Preenche-se assim uma necessidade para a qual até agora não existia qualquer solução.

Destinado a estudantes entre os 16 e os 35 anos de idade, o **SANOS Estudante** cobre as despesas com saúde em todos os países da União Europeia, Noruega, Suíça, Lichtenstein e Turquia, possibilitando não só a comparticipação de eventuais despesas médicas, como o apoio permanente ao jovem.

Seguro inovador para segmento Sênior

O seguro **Sanos Sênior** pretende ir ao encontro das necessidades específicas dos seniores e permite a subscrição a pessoas com idade superior a 55 anos, segmento que praticamente não tem acesso a seguros de saúde.

O **Sanos Sênior**, disponível em 2 opções de subscrição, permite um acesso directo a inúmeras vantagens numa rede de prestadores de cuidados de saúde a nível nacional. Os seniores, para além de terem acesso a um conjunto de consultas na rede ou ao domicílio, contam ainda com condições favoráveis junto destes prestadores, em relação ao praticado ao público em geral. Podem ainda usufruir de cuidados de enfermagem em casa ou de ajuda domiciliária que venham a necessitar por impossibilidade temporária de realizar tarefas diárias, envio de médico ao domicílio, entrega de medicamentos e têm ainda uma linha telefónica de orientação médica.

Despesas de estomatologia cobertas na totalidade e acesso aos melhores médicos da Europa

O **SANOS Sorriso** destina-se exclusivamente à cobertura de despesas de estomatologia. A par do acesso a uma rede de clínicas e médicos de estomatologia em todo o país, e em Espanha, este produto garante ainda, junto destes prestadores, todo o tipo de despesas de estomatologia e sem a obrigação de um limite de idade de adesão ou permanência, sem períodos de carência e sem outras formalidades médicas. Outra das características inovadoras do **SANOS Sorriso** é a gratuidade em alguns dos actos médicos mais frequentes de estomatologia, como consultas e exames, extracções simples ou raios X.

Este seguro caracteriza-se essencialmente pelo facto de ter um preço muito acessível, face às garantias que disponibiliza, incluindo ainda descontos significativos em caso de adesão de todo o agregado familiar.



FERNANDA MELO, GRAÇA HENRIQUES E MANUELA ESCUMALHA

Síndrome de Wolff-Parkinson White neonatal

Actualmente, por maior acuidade diagnóstica, estima-se que a incidência de TSV no recém-nascido seja de um para 200 a 250

Texto Graça Henriques, Manuela Escumalha, Lurdes Oliveira, Fernanda Melo, Margarida Fortunato (Unidade de Neonatologia do Hospital da Luz), Graça Nogueira e Rui Anjos (Cardiologia Pediátrica do Hospital da Luz)

IDENTIFICAÇÃO

Lactente com 29 dias de vida, do sexo feminino.

MOTIVO DE CONSULTA

Febre.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Por febre (38,9°C) e recusa alimentar, recorre ao atendimento médico permanente do Hospital da Luz. Na admissão, o exame objectivo não revelou alterações.

É internado na Unidade de Cuidados Especiais de Recém-Nascidos, tendo, após quatro horas de internamento, um pico febril de 39°C, acompanhado de taquicardia 270-300 bpm, com repercussão hemodinâmica (palidez e sudação), pelo que é pedida colaboração à cardiologia pediátrica.

ANTECEDENTES PESSOAIS

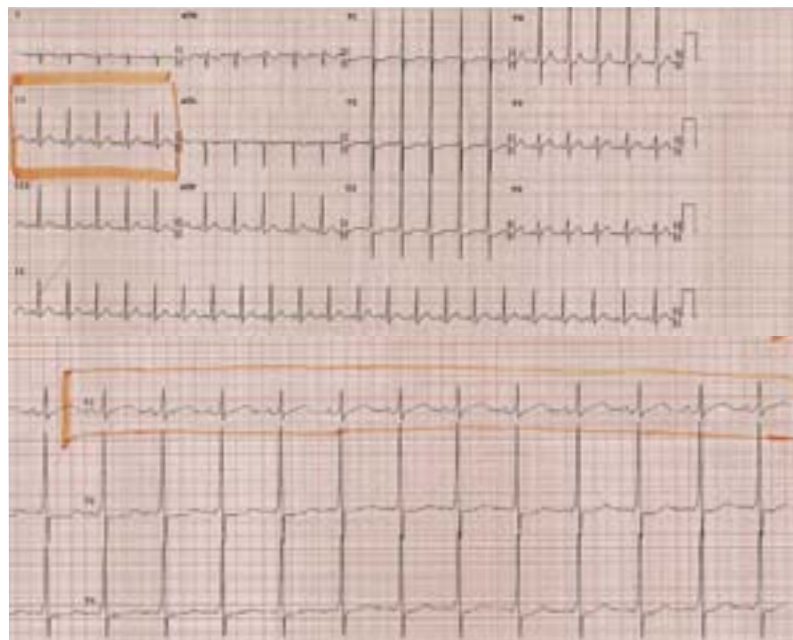
Primeiro filho de um casal jovem e não consanguíneo. A gravidez foi vigiada e sem intercorrências. Eco-grafias fetais normais e as serologias

para o grupo TORCH e a pesquisa no exsudado vaginal de estreptococos do grupo B foram negativas.

Parto por ventosa às 38 semanas com índice de Apgar ao 1.º e 5.º minutos: 9 e 10; peso ao nascer

de 2,730 kg (percentil 25). Desde o nascimento, em aleitamento materno exclusivo.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO



⚡ ECG, onde se evidencia (área destacada) crise de taquicardia supraventricular.



Hemograma: Hb 12g/dl Htc 32% leucócitos 6000/mm³ com 35% de neutrófilos e 54% de linfócitos, plaquetas 330.000.

PCR 2,6mg/dl, sendo os valores seguintes negativos.

Exames culturais negativos (hemocultura, urinocultura e *liquor*).

Exame bioquímico do *liquor*, ionograma, cálcio ionizado, amoníemia, gasimetria e função tiroideia normais. Radiografia de tórax sem alterações.

ECG com tira de ritmo que revelou na crise de taquicardia supraventricular (TSV) e fora da crise ritmo sinusal. Ao 4.º dia de internamento mostra padrão de pré-excitação ventricular (compatível com síndrome de Wolff-Parkinson White (WPW)).

Ecocardiograma: no 1.º dia de internamento revela ausência de cardiopatia estrutural, ventrículo esquerdo ligeiramente dilatado e insuficiência mitral ligeira com função ventricular conservada. Os ecocardiogramas posteriores demonstram recuperação da normalidade após o controlo dos episódios de taquidissritmia.

PROCEDIMENTOS E TERAPÊUTICA

Iniciou, por suspeita de *sepsis*, cefotaxima e gentamicina, que suspende ao 5.º

dia por exames culturais negativos.

Nos episódios de TSV fez manobras vagais sem sucesso, seguidas de bólus de adenosina e. v. com conversão a ritmo sinusal com a dose de 0,1 mg/kg.

Como terapêutica de manutenção, iniciou digoxina (5 g/kg/dose) de 12/12h00 oral e com digoxinémias terapêuticas observou-se recorrência das crises, pelo que se associou propranolol até dose máxima de 3,5 mg/kg/dia de 8/8h00.

EVOLUÇÃO

Não repetiu febre para além do primeiro dia de internamento, não se confirmando a hipótese diagnóstica da entrada de *sepsis* clínica.

Registaram-se nove episódios de TSV, sendo o último no 11.º dia de internamento. Tem alta ao 15.º dia de internamento, referenciado para a consulta de cardiologia pediátrica deste hospital.

Aos dois meses de vida apresenta no ECG ritmo sinusal de base com padrão WPW intermitente. Aos quatro meses, ECG dinâmico de 24h00-Holter sem WPW e sem crises de TSV, mantendo terapêutica com digoxina e propranolol.

COMENTÁRIOS

A incidência estimada de TSV na criança era de um para 25.000,

actualmente por maior acuidade diagnóstica e sensibilidade dos auxiliares de diagnóstico estima-se que a incidência no recém-nascido seja de um em 200 a 250. A TSV é a arritmia neonatal que causa maior instabilidade hemodinâmica. Em 70% dos casos está presente o fenómeno de reentrada e, destes, 12% a 56% são WPW. Este caracteriza-se por TSV com evidência de pré-excitação ventricular, identificada no ECG de superfície por intervalo P-R curto e onda delta.

Na terapêutica desta arritmia, se não se verificar instabilidade hemodinâmica significativa, como neste caso, realizam-se manobras vagais. Estas consistem em desencadear o *diving reflex* através da colocação de um saco gelado na face durante 5 a 10 segundos, desencadeando uma apneia, ocorrendo a interrupção da crise em 63% a 96%. Neste lactente, pelo insucesso desta manobra, administrou-se adenosina e. v. em bólus na dose de 0,05 mg/kg até dose máxima de 0,2 mg/kg; no entanto, a percentagem de recorrência de taquicardia imediata é de 30%.

Este caso caracterizou-se pela recorrência das crises, apesar do tratamento anti-arritmico de manutenção.

A história natural desta doença mostra que cerca de 70% das crianças perdem a condução pela via acessória perto do ano de idade e as recorrências são raras. ●

BIBLIOGRAFIA

- Benson LN, Freedom RM. The clinical diagnostic approach in congenital heart disease. Neonatal heart disease. JF eds. Springer-Verlag; London, 1992: 165-175.
- Boersma L, Garcia ME, Mont L, Brugada J. Accessory pathway localization by QRS polarity in children with Wolff-Parkinson-White syndrome. J. Cardiovasc Electrophysiol. 2002; 13: 1222-6.
- Singh HR, Garekar S, Epstein ML, L'Ecuyer T. Neonatal supraventricular tachycardia. Neoreviews, 2005: 6339-49.



RAQUEL GIL-GOUVEIA E PROF. JOSÉ FERRO

Cefaleias persistentes diagnosticam TVC

A cefaleia é um sintoma neurológico frequente e desafiante, dado que o diagnóstico diferencial das cefaleias causadas por patologia intracraniana grave pode ser subtil

Texto **Raquel Gil-Gouveia** (neurologista, Hospital da Luz) e **José M. Ferro** (professor catedrático de Neurologia na Faculdade de Medicina de Lisboa e neurologista, Hospital da Luz) com **Sandra Matias** (neurorradiologista, Hospital da Luz)

IDENTIFICAÇÃO

Mulher, 29 anos de idade, saudável, sob anticoncepção oral.

MOTIVO DA CONSULTA

Náuseas, diarreia e mal-estar desde há duas semanas, sem febre, vómitos, lesões cutâneas, úlceras orais, icterícia ou queixas respiratórias.

HISTÓRIA

DA DOENÇA ACTUAL

Progressivamente, instalaram-se cefaleias bifrontais e occipitais/cervicais, com dificuldade na mobilização cervical e fotofobia. Ocorreu melhoria do quadro abdominal sob antidiarreicos e anti-inflamatórios. Cinco dias depois, tem episódio autolimitado (cinco minutos) de parestesias da mão esquerda, ascendentes até braço e hemiface, realizando TC CE, que é normal. Uma semana depois recorre ao Hospital da Luz por persistência das cefaleias.

Descreve dor holocraniana constante, que cede aos anti-inflamatórios efectuados de 4/4h00; maior intervalo implica aumento da in-

tensidade da dor. A observação é normal, excepto defesa na flexão da nuca; avaliação analítica com aumento da ALT e AST, linfocitose (53%), elevação da PCR e *liquor* com 18 células/ml, mononucleadas.

Feito o diagnóstico de meningite linfocitária, manteve anti-inflamatórios e hidratação, sendo as serologias virais negativas para HIV, HSV1 e 2, CMV, EBV, *coxsackie* e *echovirus*. Após 48 horas, novo episódio autolimitado (oito minutos) de parestesias na mão direita, ascendentes até braço e hemiface, seguido de dificuldade em falar e parafasias, sem defeito de compreensão. A sua reobservação e análises foram normais (sem edema papilar e D-dímeros negativos), tendo efectuado RM CE com estudo venoso (ver figura 1), que identificou trombose venosa cerebral (TVC) do seio longitudinal, com lesões corticais bilaterais parietais na alta convexidade, compatíveis com enfartes venosos.

PROCEDIMENTO

Foi iniciada heparina de baixo peso molecular (HBPM) e valproato de sódio.

EVOLUÇÃO/RESULTADO

Teve alta após seis dias, sob anticoagulação oral. O estudo dos factores pró-trombóticos revelou diminuição da proteína S (21%, VN 60%-140%).

COMENTÁRIOS

Apresentou-se o caso de uma jovem com gastroenterite aguda, seguida de cefaleias compatíveis com um síndrome meníngeo [1]. O contexto de gastroenterite e a época (Verão e Outono) sugerem meningite asséptica por enterovirus (*coxsackie*, *echovirus*), outros agentes possíveis são o herpesvirus, a seroconversão HIV e o vírus da papeira [2, 3].

A subsequente ocorrência de episódios sugestivos de crises focais implicava envolvimento cortical, sendo que a expressão meningoencefálica não era compatível com a evolução temporal. A sintomatologia levou ao diagnóstico de TVC, confirmada por RM CE com estudo venoso. De notar que as crises focais sensitivas foram bilaterais, tal como eram as lesões parenquimatosas que estiveram na



⚡ **RM ENCEFÁLICA SAGITAL T1:**
presença de hipersinal no seio
longitudinal superior sugestivo
de trombose venosa

sua origem, bastante característico das trombozes do seio longitudinal.

A TVC é rara (cinco casos por milhão), representando 0,5% das doenças vasculares cerebrais [4]. A apresentação clínica mais frequente é a cefaleia, presente em 80% dos casos, habitualmente acompanhada de outros sintomas [4, 5]:

1) Síndrome de hipertensão intracraniana isolada (cefaleias, náuseas, vômitos e estase papilar) [1] por acumulação de sangue venoso intracraniano.

2) Síndrome focal (manifestação de lesão localizada), devido a enfartes venosos ou hemorragias.

3) Encefalopatia difusa ocorre em casos graves ou com oclusão das veias profundas.

4) Síndrome do seio cavernoso (envolvimento de nervos cranianos III, IV, VI e V1, injeção conjuntival, proptose) [1].

Menos frequentemente pode ocorrer cefaleia isolada, habitualmente de início agudo/subagudo, intensa e persistente, sem alterações na observação, na análise do *liquor* ▶

SINTOMAS E SINAIS DE ALARME NAS CEFALÉIAS *

SINTOMAS & SINAIS	SIGNIFICADO
Cefaleias de início súbito e/ou precipitada por exercício, actividade sexual ou manobras de valsalva	Ruptura de aneurisma intracraniano (hemorragia subaracnoideia) ou de malformação arteriovenosa ou hemorragia intratumoral + raro: apoplexia pituitária, dissecção arterial ou trombose venosa cerebral
Cefaleia com hipertensão intracraniana	Tumor cerebral, hematoma subdural ou epidural, trombose venosa cerebral, hipertensão intracraniana idiopática
Cefaleia com febre e/ou síndrome meningeo	Meningite viral ou bacteriana, meningoencefalite, hemorragia subaracnoideia + raro: abscesso cerebral, meningite crónica, carcinomatose leptomeningea
Cefaleia com diplopia	Aneurismas expansivos pré-ruptura, tumores, hipertensão intracraniana
Cefaleia com diminuição da visão	Artrite temporal, hipertensão intracraniana idiopática, apoplexia pituitária
Cefaleias com alterações do comportamento	Encefalite, tumores, doença vascular cerebral
Cefaleias após traumatismo craniano (ou em doentes anticoagulados)	Hematoma subdural ou epidural, dissecção arterial
Cefaleias isoladas não remitentes	Meningite viral ou bacteriana, meningoencefalite, hemorragia subaracnoideia, trombose venosa cerebral
Cefaleias com epilepsia e/ou sinais focais	Tumor cerebral, trombose venosa cerebral, doença vascular cerebral isquémica ou hemorrágica, hematoma intracraniano, encefalite, meningoencefalite, abscesso cerebral, meningite crónica, carcinomatose leptomeningea, etc.

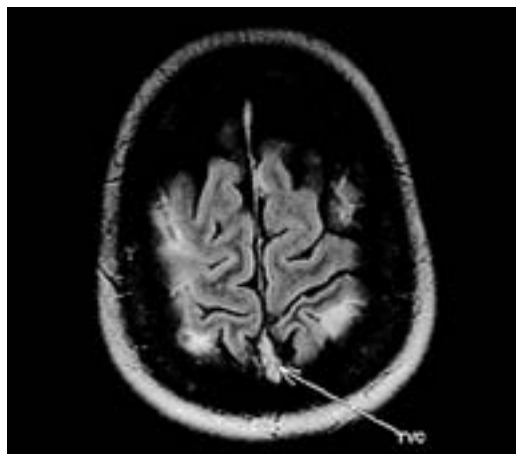
Situações que aumentam a probabilidade de uma cefaleia isolada ser sintomática: infecção HIV ou imunossupressão (maior risco infeccioso), neoplasia conhecida ou suspeita (maior risco de metastases ou carcinomatose meníngea), doentes idosos (maior risco de artrite temporal e hematoma subdural) e anticoagulação (maior risco de complicações hemorrágicas).

* Adaptado de [6]

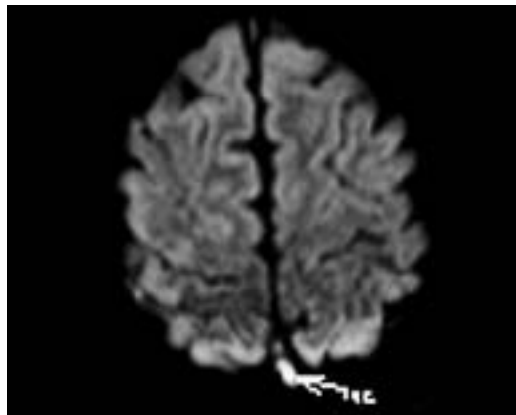
ou na TC CE [5]; neste caso dependemos da anamnese para identificar os sintomas de alarme de possível patologia intracraniana (ver quadro na página 23) [6], sendo o diagnóstico efectuado por angiografia venosa por RM.

A identificação de uma causa de TVC não deve evitar a pesquisa de outras, sendo o mais habitual a coexistência de causas [4], que vão desde os factores pró-trombóticos congénitos ou adquiridos às doenças auto-imunes e vasculites, cancro, doenças hematológicas, infecções, a situações fisiológicas (gravidez, *puerperium*), a intervenções médicas (punção lombar, neurocirurgia, cateter venoso jugular) e terapêuticas (anticoncepção oral, terapêutica hormonal, corticoterapia, quimioterapia), etc. [4].

A terapêutica da TVC na fase aguda consiste na anticoagulação, mesmo se houver hemorragia intracraniana. A duração da anticoagulação para prevenir recorrências ou fenómenos trombóticos depende dos factores predisponentes, sendo, no mínimo, de três meses. A restante terapêutica utilizada é sintomática (analgésicos e antieméticos para cefaleias e vômitos, antiepilépticos para convulsões, acetazolamida, drenagem de *liquor* ou osmoterapia para hipertensão intracraniana) [4].



RM AXIAL T2 DARK FLUID: hipersinal do seio longitudinal superior. Lesão parenquimatosa parietal bilateral



RM AXIAL DIFUSÃO: hipersinal do seio longitudinal superior (trombo intraluminal subagudo) sem edema citotóxico nas lesões parietais

O prognóstico é favorável na maioria dos doentes, com 13% de casos de evolução desfavorável (8% de mortalidade) [7]. Os factores relacionados com mau prognóstico são: idade superior a 37 anos; género

masculino; estado na admissão (coma, alteração do estado mental, hemorragia cerebral); trombose do sistema venoso profundo, e a presença de infecção do sistema nervoso ou cancro [7].

BIBLIOGRAFIA

1. Ferro JM, Pinto F., *Semiologia Neurológica*, 2004
2. Nelsen S, Sealy DP, Schneider EF, The aseptic meningitis syndrome. *Am Fam Physician*, 1993, Oct; 48(5):809-15.
3. Connolly KJ; Hammer SM, The acute aseptic meningitis syndrome. *Infect Dis Clin North Am.*, 1990; 4(4):599-622
4. Bousser MJ, Ferro JM, Cerebral venous thrombosis:

- an update. *Lancet Neurology*, 2007; 6:162-70.
5. R Cumurciuc, I Crassard, M Sarov, D Valade, M G Bousser, Headache as the only neurological sign of cerebral venous thrombosis: a series of 17 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005; 76:1084-1087.
6. Pavão Martins I., Gil Gouveia, R. Emergency diagnosis and management of headache. In Sinha KK., Chandra P. (Eds.) *Advances in Clinical Neurosciences*,

- volume 10. Ranchi, India: The Catholic Press, 2000, pp. 377-392
7. Ferro JM, Canhão P, Stam J, Busser MG, Barinagarrementeria F, the ISCVT Investigators. Prognosis of Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis. Results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). *Stroke*, 2004; 35:664-670

Siemens e Hospital da Luz: mais um passo em direcção ao futuro

No âmbito da parceria de sucesso com o Hospital da Luz, a Siemens instalou o Soarian™ Clinicals C5, uma evolução do sistema de informação hospitalar, que permite uma maior eficiência e qualidade nos cuidados prestados por esta unidade de saúde

NA SEQUÊNCIA do *roadmap* tecnológico, um dos pilares que sustenta a visão do Grupo Espírito Santo Saúde, diferenciando-se pela excelência e qualidade da sua actividade, decorreu recentemente mais uma fase na evolução do respectivo sistema de informação – Soarian™ Clinicals C5. Com efeito, o Soarian Clinicals arrancou em 4 de Dezembro de 2006 no Hospital da Luz, tendo-se já estendido, desde Maio último, à Clínica Parque dos Poetas.

Enquanto primeira unidade de saúde nacional a funcionar num ambiente totalmente digital, os seus profissionais recorrem ao Soarian™ para gerir o respectivo processo de trabalho. Esta evolução só foi possível fruto de aturado planeamento entre a equipa técnica da Espírito Santo Saúde e da Siemens, que depois geriu, junto dos profissionais de saúde, a mudança.

Mais do que adoptar o *status quo paperfree hospital*, a Siemens visa um paradigma centrado na desmaterialização do processo organizacional, visando o *continuum* de cuidados do doente em todo o ciclo clínico (diagnóstico, tratamento e reabilitação). Ou seja, adoptando *clinical pathways* (planos/protocolos estruturados e multidisciplinares de cuidados).

Como se pode aferir pelo modelo desenvolvido pela Gartner (ver figu-



ra), os sistemas de informação sob o paradigma *paperfree* não respondem a mais do que um segundo patamar de maturidade.

Algumas das actividades que o Hospital irá endereçar a curto prazo passam pela implementação do Soarian™ Workflow Engine, o qual permite construir fluxos de trabalho (baseados em *guidelines* e protocolos clínicos).

Para a monitorização recorrer-se-á ao facto de o Soarian™ disponibilizar um vasto conjunto de informação contextualizada e tempo real, através de Embedded Analytics Reporting, o qual cons-

titui um *datawarehouse* embebido na plataforma Soarian™.

Em suma, é necessário adoptar com elevados níveis de aderência tecnologia de 3.ª ou 4.ª geração (de acordo com o modelo Gartner) para almejar ganhos de eficiência e qualidade. Estes serão sublinhados pela capacidade de gestão do erro, melhoria da capacidade de decisão clínica e redução de custos, pelo aumento sustentado da eficiência dos processos operacionais.

No seio da parceria Espírito Santo Saúde e Siemens foi dado mais um passo rumo aos cuidados de saúde mais eficientes e de maior qualidade. Bem-vindo ao futuro!

Situs inversus totalis

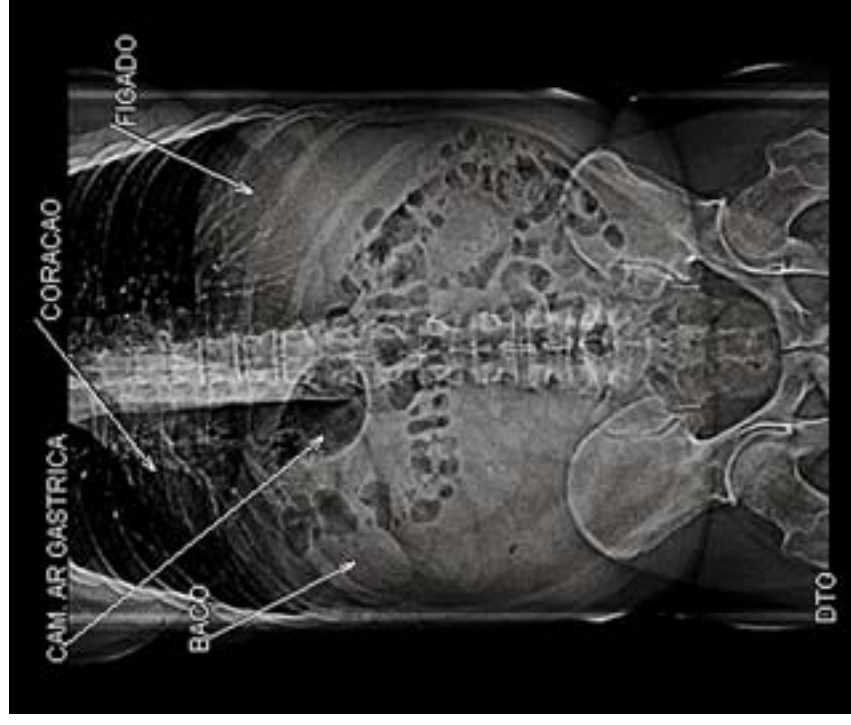
Esta característica, uma condição congénita rara, não causa, geralmente, problemas de saúde

Texto **Augusto Gaspar** (coordenador clínico do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz), **Pedro Patrício** (técnico coordenador do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz) e **Rúben Teixeira** (técnico do Centro de Imagiologia do Hospital da Luz)

SEO CORPO humano for dividido ao longo de uma linha média, serão obtidas duas partes simétricas, cada uma com um olho, um ouvido e um braço, por exemplo. Essa simetria bilateral externa, no entanto, não se aplica a alguns órgãos internos, entre eles o coração, fígado, baço, pâncreas, etc. Um em cada 20 mil indivíduos na espécie humana nasce com todos esses órgãos em posição invertida, como na imagem de um desenho em espelho. Conhecido como *situs inversus totalis* (com dextrocardia), não causa geralmente problemas de saúde. É uma condição/doença congénita rara, na qual os maiores órgãos e vísceras estão posicionados/localizados do lado contrário, como se houvesse um espelho que invertesse todos os órgãos.

Estômago e baço localizam-se no lado direito, fígado no esquerdo e vasos sanguíneos, linfáticos, nervos e intestinos estão transpostos. Tem geralmente associado o coração do lado direito – dextrocardia. Esta condição, ligada a um gene recessivo, ocorre na quarta semana do desenvolvimento embrionário, quando o tubo primitivo se dobra para a esquerda, ao invés de ir para a direita.

A maioria destes doentes necessita de atenção médica, dado que a inversão dos órgãos leva a que a maioria dos sinais e sintomas possam ocorrer do lado contrário. Assim, numa situação de um evento médico urgente ou não, o conhecimento prévio do *situs inversus* pode melhorar o diagnóstico.



TOPOGRAMA de face de um exame TC abdominopélvico. Nota-se já a inversão dos principais órgãos abdominais



Um em cada 20 mil indivíduos na espécie humana nasce com quase todos os órgãos em posição invertida, como na imagem de um desenho em espelho



IMAGEM AXIAL do estudo TC. Toda a posição dos órgãos se apresenta invertida lateralmente

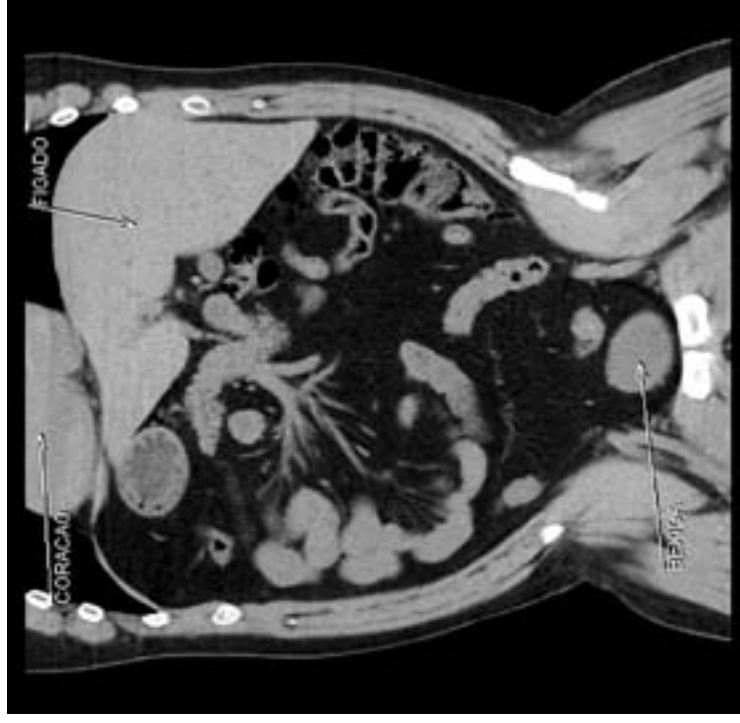
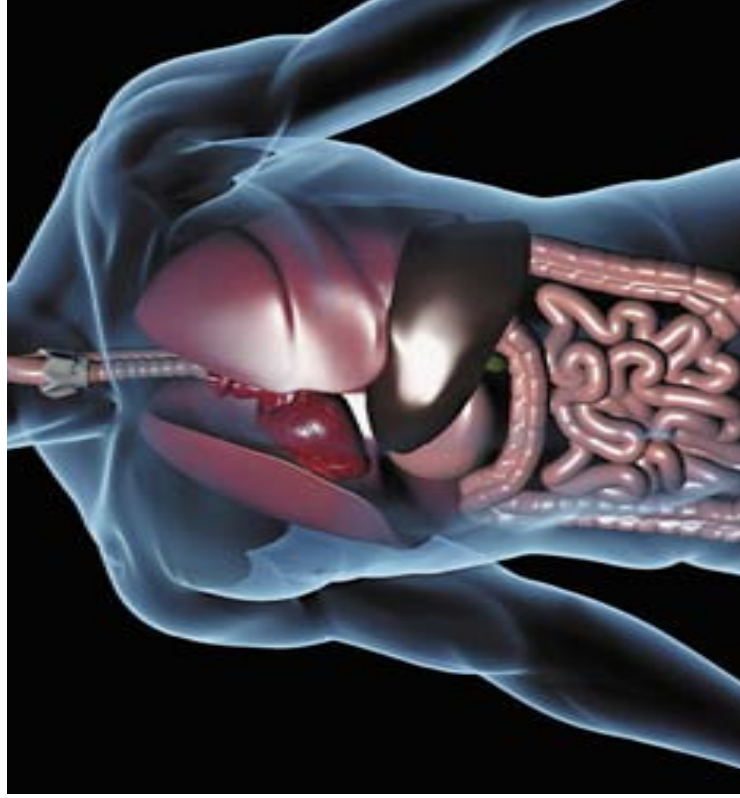


IMAGEM em orientação coronal do mesmo exame. A vista e a localização das diferentes estruturas apresentam-se invertidas, como se de um espelho se tratasse

Curso faz luz sobre endometriose

O Hospital da Luz organizou, entre 24 e 25 de Janeiro, o Curso de Endoscopia Ginecológica, cuja 12.ª edição teve como tema de fundo a “Cirurgia da infertilidade e endometriose”. O evento voltou a contar com a presença dos mais reputados especialistas mundiais da área

Texto **João Paulo Gama** Fotografias **Estúdio João Cupertino**



À IMAGEM do que sucedeu em 2007, o Hospital da Luz voltou a organizar, desta feita entre 24 e 25 de Janeiro último, o Curso de Endoscopia Ginecológica, cuja 12.^a edição teve como tema de fundo a “Cirurgia da infertilidade e endometriose”.

Dirigido por António Setúbal, actual coordenador do Departamento de Ginecologia-Obstetrícia do Hospital da Luz, o evento decorreu no auditório do Hospital e voltou a contar com a presença dos mais reputados especialistas mundiais na área da cirurgia ginecológica e da obstetrícia, tendo como pontos altos cirurgias ao vivo, uma das quais realizada a partir do bloco operatório do Hospital da Luz, e levada a cabo pelo cirurgião italiano Mário Malzoni, que operou uma paciente, com 32 anos de idade, que sofria de endometriose e à qual foram extraídos nódulos vaginais.

Os palestrantes tiveram ainda a oportunidade de acompanhar outras duas cirurgias em directo, realizadas a partir de Estrasburgo, a cargo do ginecologista Arnaud Wattiez, e de Atlanta (EUA), executada pelo cirurgião Tom Lyons.

E se, em teleconferência a partir de Estrasburgo, Arnaud Wattiez afirmou, a propósito do tema da sua palestra “Endometriose como doença progressiva”, não ser possível afirmar que a endometriose seja uma doença progressiva, a verdade é que, como referiu Lone Hummelshoj, na sua alocução subordinada ao tema “Um diagnóstico tardio da endometriose é relevante?”, esse mesmo processo é, efectivamente, um grande problema para as mulheres que sofrem desta doença e que tem custos para os sistemas de saúde. Segundo referiu Lone Hummelshoj, só nos EUA, o tratamento



ALÉM das palestras, o curso contou com a presença de stands de diversos fornecedores

da endometriose ascende a 22 mil milhões de dólares por ano, custos que seriam forçosamente inferiores se a detecção da doença fosse precoce.

O PAPEL DO PATOLOGISTA

O conteúdo das onze sessões em que se subdividiu o curso foi, como era expectável, de altíssimo nível, dada a qualidade, a experiência e o contexto de partilha de conhecimento dos palestrantes. Interessante foi, nesse sentido, a alocução proferida por Ana Catarino, responsável pelo Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital da Luz, a qual,

sob a temática “Diagnóstico anatomo-patológico”, contextualizou o papel dos anatomo-patologistas no esclarecimento de muitas das dúvidas que os tecidos recolhidos nos blocos operatórios levantam aos médicos.

E se, como alertou Ana Catarino, a endometriose pode ‘imitar’ ou, por hipótese, redundar numa neoplasia maligna, essa linha ténue, esclareceram António Setúbal e o especialista francês Charles Chapron na discussão que se seguiu, apesar de possível, só muito raramente ocorre. Ana Catarino acrescentou, a propósito, que a ▶



endometriose é uma condição pré-maligna e não uma doença pré-maligna, tendo António Setúbal realçado que não restaram dúvidas de que o papel do anatomo-patologista é fundamental.

Antes, Filipa Osório, na palestra “Etiologia da endometriose profunda”, procurou dar uma visão geral desta problemática, apontando as variadas hipóteses, teorias e tipos de endometriose, bem como as condições que levam ao seu aparecimento, para se focar na endometriose profunda e na predisposição e factores de risco que podem conduzir à doença, de que são exemplo os aspectos hereditários, as deficiências imunológicas, as predisposições hormonal e anatómica, a distribuição linfática e vascular (dos fragmentos endometriais), bem como outros



▲ **AS CIRURGIAS** ao vivo, em simultâneo, do bloco operatório do Hospital da Luz e de Estrasburgo, foram pontos altos do curso

◀ **STANDS** de fornecedores foram muito visitados

factores variados, como a ingestão de álcool, entre outros.

VANTAGEM VIRTUAL

“Colonoscopia virtual modificada” foi o tema da palestra do cirurgião sul-africano Johan Van Der Wat, médico da Universidade de Witwatersrand e do Hospital Rosebank, de Joanesburgo, que demonstrou as enormes vantagens desta técnica

na determinação, com extrema exactidão, da localização e extensão de pólipos e nódulos de endometriose, intervenção prévia que facilita bastante o trabalho do cirurgião no bloco.

Segundo afirmou este médico, que desenvolveu esta técnica de imagiologia baseada na colonoscopia virtual, a colonoscopia virtual modificada é um procedimento

inovador não-invasivo para o diagnóstico do septo rectovaginal e da endometriose profundamente infiltrada na pélvis.

Em traços gerais, Van Der Wat explicou que se modificou a colonoscopia virtual *standard* para diagnosticar a endometriose profunda infiltrada na região pélvica. As principais modificações foram a inserção de tampão obstétrico na vagina, a inserção de um cateter de Foley no recto e a introdução de dióxido de carbono. Realizada tomografia da pélvis e empregando vários modelos reconstrutivos, como volumes cúbicos, reconstrução

multiplanar 2-D, visão transparente em 3-D e projecções em 3-D dos volumes com projecção de intensidade máxima, foi possível diagnosticar endometriose pélvica profunda no intestino, trato urinário e nos espaços retrovaginal e retroperitoneais.

De salientar que, à imagem do que sucedeu no curso de 2007, uma vez mais o evento contou com a presença de *stands* de muitos dos principais fornecedores de equipamentos e fármacos ginecológicos e obstétricos, que tiveram oportunidade de interagir directamente com os profissionais presentes. ●

▼ A PARTICIPAÇÃO dos delegados nos debates foi também elevada



O diagnóstico tardio da endometriose é um grande problema para as mulheres e tem custos pesados para os sistemas de saúde



Ana Catarina, coordenadora do Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital da Luz, abordou o papel do patologista

Hospital de Santiago debate diabetes tipo 2

Actualmente, esta doença não deve ser entendida apenas como um défice da produção de insulina, mas como parte integrante da síndrome metabólica que engloba hipertensão arterial, dislipidémia e obesidade

NODIA 19 de Fevereiro decorreram as VII Conversas de Saúde no Hospital de Santiago, visando os avanços terapêuticos no tratamento da diabetes tipo 2, que afecta actualmente mais de 220 milhões de pacientes em todo o mundo. Durante a primeira parte da reunião, aberta a profissionais de saúde e outros interessados, Maria Antonieta Gonzalez, endocrinologista do Hospital de Santiago, abordou os me-

canismos fisiopatológicos subjacentes à doença, bem como novas propostas farmacológicas no seu tratamento.

Actualmente, a diabetes tipo 2 não deve ser entendida apenas como um défice da produção de insulina, mas antes como parte integrante do síndrome metabólico que engloba também a hipertensão arterial, a dislipidémia e a obesidade. Salientou a importância da descoberta recente de novas

hormonas intestinais, as chamadas incretinas, para o desenvolvimento de novos medicamentos.

Hans Eickhoff, director clínico e cirurgião geral e bariátrico do Hospital de Santiago, referiu, na segunda parte da reunião, que a cirurgia da obesidade representa já uma opção terapêutica válida em doentes obesos e portadores de diabetes tipo 2, com uma taxa de cura da diabetes que atinge 95 %.

Em doentes portadores de diabetes tipo 2 não obesos decorrem já estudos clínicos promissores, que envolvem a modificação cirúrgica do aparelho digestivo, tirando proveito da des-



Em doentes portadores de diabetes tipo 2 não obesos já decorrem estudos clínicos promissores, que envolvem a modificação cirúrgica do aparelho digestivo



coberta do eixo enterocerebral e da função das incretinas, referiu ainda o mesmo responsável.

Ainda no Hospital de Santiago, de referir que as VIII Conversas de Saúde tiveram lugar a 11 de Março e versaram sobre o tema “Infecção por HPV. Perspectiva clínica e laboratorial”, tendo sido apresentadas pelos médicos Jorge Pereira (citotécnico do Laboratório Microdiag) e Isabel Santana (ginecologista do Hospital de Santiago).

Estiveram presentes 108 participantes, distribuídos por elementos do corpo clínico, pessoal de enfermagem e restantes funcionários do Hospital,

bem como enfermeiros e médicos das extensões de saúde do distrito de Setúbal, nomeadamente de Poceirão, Vale do Cobro, Viso e Praça da República, enfermeiros dos Hospitais de S. Bernardo e Outão, clientes dos nossos serviços e alunos da Escola Superior de Enfermagem de Setúbal.

ORL E CARDIOLOGIA NA LUZ

Por sua vez, no Hospital da Luz decorreu, a 22 de Novembro último, a reunião promovida pelo Centro de Otorrinolaringologia subordinada aos temas “A otorrinolaringologia no Hospital da Luz”, “Diagnóstico e reabilitação da surdez e vertigem”,

PRÓXIMAS REUNIÕES NO HOSPITAL DA LUZ

29 DE MAIO

Ginecologia/obstetrícia e neonatologia
Por: Dr. António Setúbal

26 DE JUNHO

Obesidade (sujeito a confirmação)
Por: Dr. Carlos Vaz

“Apneia de sono: do diagnóstico ao tratamento” e “A ORL no tratamento da apneia de sono e da roncopatia”, levadas a cabo por António Larroudé.

A 19 de Dezembro decorreu no Hospital da Luz a reunião promovida pelo centro Hospital do Coração, cujas temáticas foram “Apresentação do Serviço de Cardiologia”, “Prevenção e estratificação do risco na doença coronária”, “Avaliação não invasiva na doença cardiovascular”, “Indicação para diagnóstico e terapêutica invasivas” e “Arritmologia”, que estiveram a cargo do cardiologista Prof. Doutor Francisco Pereira Machado. ●

Texto elaborado com o contributo de Hans Eickoff, director clínico do Hospital de Santiago, e de Maria de Lurdes Ventura, adjunta da direcção clínica do Hospital da Luz.



António Setúbal no Comité da AAGL

ANTÓNIO SETÚBAL, coordenador do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital da Luz, foi recentemente convidado para integrar o Comité do Programa Científico do próximo congresso anual (o 37.º) da Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide (AAGL), que irá ter lugar entre 29 de Outubro e 1 de Novembro de 2008, em Paris, Las Vegas, nos EUA. O tema do evento é “Ginecologia laparoscópica” e António Setúbal integrará um *comité* onde figuram os mais importantes nomes da cirurgia laparoscópica ginecológica, muitos dos quais marcaram presença no 12.º Curso de Endoscopia Ginecológica. Além do coordenador do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital da Luz, integram o *comité* científico Alan Lam, Andrew Brill, Arnaud Wattiez, Ceana Nezhat, Grace Janik, Ginger Cathey, Harry Reich, Javier Magrina, Keith Isaacson, Leila Adamyan, Mauricio Abrão e Tim McKinney.

Jorge Cruz organiza curso

JORGE CRUZ, cirurgião vascular do Hospital da Arrábida e director associado da Prime-Ibéria, organiza, entre 15 e 17 de Outubro, no auditório do Hospital da Luz, o curso Saúde Global – Desafios e Oportunidades em África, o 1.º curso realizado em Portugal pela Prime (Partnerships in International Medical Education) em parceria com a AMI – Fundação de Assistência Médica Internacional. Na acção de formação de Lisboa, além de formadores da Prime, serão oradores Fernando Nobre, presidente da AMI, e Alberto Vaquina, médico e actual governador da província de Sofala, em Moçambique. Os temas que serão desenvolvidos incluem “Perspectiva holística na saúde”, “Mobilizando comunidades para a melhoria da saúde”, “O stress pós-traumático”, “A depressão no mundo em desenvolvimento”, “Cuidados de saúde e acção humanitária em Moçambique”, “Como enfrentar o desânimo nos cuidados de saúde”, “Problemas éticos e espiritualidade na sida” e “E-learning”. Haverá oportunidade para debate no final de cada sessão. Prevê-se a participação de 80 profissionais de saúde e estudantes neste evento científico. Será entregue certificado de presença a cada participante.

Rui Ribeiro dá palestra na Áustria

RUI RIBEIRO, cirurgião geral e bariátrico do Hospital de Santiago, foi um dos oradores do 6.º Meeting Internacional de Especialistas em Cirurgia da Obesidade, que decorreu entre 9 e 12 de Março em Saalfelden, na Áustria. O encontro, organizado pelo Prof. Karl Miller, é uma das mais prestigiadas reuniões mundiais sobre o tema da obesidade. A prelecção de Rui Ribeiro foi dedicada ao tema de cirurgia de *bypass* gástrico (revisional).

10 DE MAIO

GONARTROSE:
ARTROPLASTIAS
CONSERVADORAS
HOSPITAL DA LUZ,
EM LISBOA
SECRETARIADO: ANA
BARROS
TEL.: 214.460.650

15 A 17 DE OUTUBRO

SAÚDE GLOBAL – DESAFIOS
E OPORTUNIDADES
EM ÁFRICA
HOSPITAL DA LUZ,
EM LISBOA
AMI
TEL.: 218.362.100

19 A 23 DE OUTUBRO

XXXII WORLD
CONGRESS OF THE
INTERNATIONAL SOCIETY
OF HEMATOLOGY
BANGUECOQUE
TAILÂNDIA
Grunenthal
TEL.: 214.726.300

Ficha técnica **iness** Informação da Espírito Santo Saúde

ESPÍRITO SANTO SAÚDE

PROPRIEDADE ESPÍRITO SANTO SAÚDE – SGPS, S.A

Email iness@essaude.pt
Director João Paulo Gama | jgama@essaude.pt
Conselho Editorial Isabel Vaz, Maria de Lurdes Ventura,
Marisa Morais e Mário Ferreira
Colaboram nesta edição Augusto Gaspar, Carlos Vaz,
Bruno Barbosa, Estúdio João Cupertino, Fernanda Melo,
Graça Henriques, Graça Nogueira, Hans Eickoff, Lurdes Oliveira,
Manuela Escumalha, Margarida Fortunato, Maria de Lurdes
Ventura, Pedro Patrício, Prof. Jacques Himpens, Prof. José Ferro,
Prof. José Roquette, Prof. Pedro Adragão, Raquel Gil-Gouveia,
Ruben Teixeira, Rui Anjos e Sandra Matias.
Infografia Anyforms Design
Contactos Espírito Santo Saúde – SGPS, S.A.
Edifício Amoreiras Square

Rua Carlos Alberto da Mota Pinto, 17 – 9.º
1070-313 Lisboa | tel.: (+351) 213.138.260
fax.: (+351) 213.530.292
Internet: www.essaude.pt
Contribuinte n.º 504.885.367
Registo n.º 125.195 de 23-05-2007 na Entidade
Reguladora para a Comunicação Social.
Projecto editorial Espírito Santo Saúde
Projecto gráfico e produção Divisão
de Customer Publishing da Edimpresa
A **INESS – Informação da Espírito Santo Saúde** é uma publicação
trimestral da Espírito Santo Saúde, que integra o suplemento
INESS Pro.
Tiragem 17.500 exemplares

Queremos ajudá-lo a escolher o melhor tratamento

Sabemos como é importante estudar todas as opções antes de tomar uma decisão. É por isso que lhe queremos falar do tratamento especial que o serviço BES 360^o lhe oferece, nomeadamente o programa exclusivo de milhas Top Miles, que entre outras vantagens lhe dá milhas a dobrar. Ou seja, por cada euro de compras com cartão de crédito BES 360^o recebe 2 milhas, e se comprar programas de viagem na

PROGRAMA TOP MILES

Top Atlântico recebe 4 milhas por cada euro. Mais: ao aderir recebe logo 2.500 milhas de boas-vindas. E como se não bastasse, na subscrição de ofertas financeiras BES 360^o ainda lhe oferece um bónus de milhas exclusivo que, somadas, podem dar de imediato uma viagem gratuita à Europa. Dito isto, pense sobre o assunto e se tiver dúvidas não hesite em ligar ou visitar o nosso site.

BES 360^o

360^o à sua volta

[OPERATE WITH CONFIDENCE]



VersaPort™ Plus V2
Trocar with Fixation Cannula



LigaSure V™
Vessel Sealing Instrument



VersaStep™ Plus Instruments
Radial Dilation Access Technology
with the VersaSeal™ Plus Universal Seal



ENDO STITCH™
Suturing Device



GIA™ Universal
Stapling System



DST Series™ EEA™
Circular Stapler



ENDO GIA™
Universal XL
Instrument



DST Series™ EEA™
Orvil™ Devices

COVIDIEN, COVIDIEN with logo, "positive results for life" and "™" marked brands are trademarks of Covidien AG or its affiliates. © 2007 Covidien AG or its affiliates. All rights reserved. S-P-Basic00000208



COVIDIEN

positive results for life