



Edição 38 • Ano 2017

SOBRA news

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica



Armando Melani
Presidente da SOBRACIL



Alexander Morrell
Presidente da SBH



**Marcio Augusto
Marques Inácio**
Médico Cirurgião e Advogado



Brenner Franco de Mattos
TEA-SBA



Armando Melani
Presidente da SOBRACIL

Caro associado, estamos iniciando mais um período de gestão da SOBRACIL

Fiz questão de incluir nesta chapa uma diretoria de transição, composta por uma nova geração que será capaz de dar continuidade com responsabilidade aos projetos já bem desenvolvidos.

O foco educacional de nossa sociedade é o legado mais importantes dos pioneiros. Com eles aprendemos e aprimoramos o que realizamos hoje em cirurgia.

O desenvolvimento das técnicas minimamente invasivas, ocorreram no nosso país principalmente fora dos ambientes universitários. Com cursos organizados inicialmente de forma rudimentar, os pioneiros compartilharam seus conhecimentos e o acesso laparoscópico ganhou espaço na cirurgia brasileira. A nossa criatividade e competência técnica projetou muitos dos nossos cirurgiões, conquistando respeito internacional. A nossa SOBRACIL cresceu e tornou-se uma das maiores sociedades do mundo.

Nos últimos 27 anos, lutamos pelo estabelecimento da cirurgia inicialmente laparoscópica e hoje minimamente invasiva. Apesar das resistências demonstramos o valor da técnica traduzida pelos melhores resultados pós-operatórios, aprendemos com nossos erros, como na crise de infecção por Mycobacterias, buscamos por um procedi-

mento com mais segurança, estabelecemos condições mínimas de trabalho e materiais, criando uma lista que dá suporte a grande maioria dos procedimentos. Buscamos a aprovação junto a ANS para os pacientes com seguros e convênios médicos. Habilitamos profissionais, introduzimos treinamentos padronizados para os Jovens Cirurgiões, promovemos Encontros entre sociedades e Mutirões de cirurgia. As regionais tem desempenhado ao longo desta história, um papel importante na continuidade e manutenção da educação, com simpósios regionais, vídeo pizzas e congressos promovendo interação e troca de conhecimento entre os cirurgiões.

Fizemos algumas escolhas: extinguimos a nossa revista para nos associarmos ao CBCD, obtivemos uma parceria com uma revista forte e indexada, porém deixamos algumas especialidades, como a ginecologia em outro sítio.

O tempo é inexorável, chegamos a era da cirurgia assistida por robôs e aprovamos a mudança e complementação do nome da SOBRACIL.

É tempo de imaginarmos como queremos atuar nos próximos 10, 20, 30 anos.

É tempo de refletirmos!

O que queremos para nossa Sociedade?

Reconhecimento do Título de especialista, programa forte e bem definido de educação continuada incluindo a cirurgia Robótica, inclusão da laparoscopia nas diversas especialidades no Sistema Único de Saúde - SUS, como recentemente conquistado pela cirurgia Bariátrica, condições mínimas para a execução do nosso trabalho de uma forma segura?

Em nossa gestão queremos reforçar todos os pontos positivos das conquistas anteriores.

Estamos numa nova etapa, tempo de buscarmos alianças, tempo de lutarmos pelos nossos pacientes, tempo da inclusão.

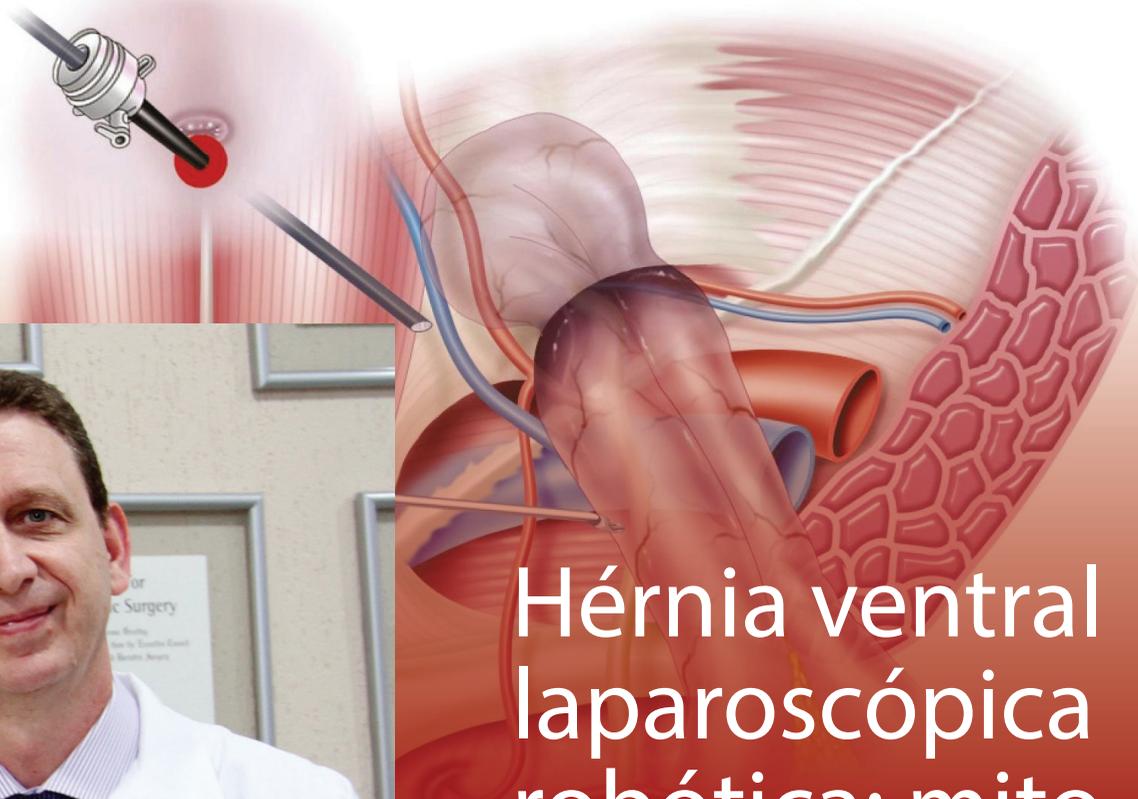
Gostaria de convocar a todos para nos juntarmos nesta luta.

Deixo o email da Presidência aberto para ouvir as necessidades individuais e buscarmos uma direção conjunta.

Juntos faremos uma SOBRACIL mais forte, para construirmos hoje o nosso futuro de amanhã.



Alexander Morrell
Presidente da SBH



Hérnia ventral laparoscópica robótica: mito ou realidade

A correção da hérnia ventral é o segundo reparo mais comum das hérnias da parede abdominal representando 25-30% de todos os casos. Desde que Karl LeBlanc, no início da década de 90, descreveu pela primeira vez o reparo laparoscópico da hérnia ventral, muitos outros relataram sua eficácia.

Apesar da necessária habilidade laparoscópica para sua realização, a aceitação mais ampla deste método de reparo cresceu e trouxe novos avanços, estimulando inclusive o desenvolvimento pela indústria de novas próteses revestidas, mais fáceis de se manusear no abdômen, e de novos métodos de fixação além do uso de suturas transfasciais.

Numerosos estudos demonstraram que o reparo da hérnia ventral por videolaparoscopia teria uma estadia hospitalar mais curta, quando comparada à técnica aberta, mostrando menores índices de complicações relacionadas à ferida operatória e um baixo risco de recorrência. Apesar desses resultados iniciais animadores a adoção desta técnica ainda não é a abordagem dominante.

Mesmo com esses avanços estimulando a abordagem laparoscópica, houve um aumento da dor pós-operatória com o uso de fixadores e da sutura transfacial. Um outro problema ainda preocuparia os cirurgiões: a presença de fixadores e prótese intra-abdominal, ainda que revestida, aumentaria o potencial para aderências e formação de fistulas intestinais.

Recentemente, uma nova tecnologia, a cirurgia robótica, surgiu em diferentes áreas cirúrgicas, mostrando resultados encorajadores. O advento da cirurgia robótica introduziu inúmeras vantagens para a área minimamente invasiva, em comparação com a laparoscopia padrão, incluindo um grau maior de ângulos e liberdade de movimentos, imagens tridimensionais (3D) e ergonomia superior que permitem sutura e dissecação precisas para colocação de próteses em ângulos difíceis.

Em função destes benefícios potenciais, a laparoscopia assistida robótica foi aplicada aos reparos da hérnia ventral.

Schluender et al. descreveram a primeira reparação robótica de hérnia ventral em modelo suíno utilizando fixação central e circunferencial da prótese, revelando uma relativa facilidade na sutura intracorporal e uma precisão inigualável na colocação da sutura em comparação com a laparoscopia padrão.

Publicações recentes têm mostrado que o fechamento primário do defeito fascial, proporciona benefícios adicionais na reparação laparoscópica de hérnia ventral.

A laparoscopia padrão proporciona uma via muito difícil para o fechamento primário do defeito fascial e o fechamento transfascial tem sido

reconhecido por elevar a dor pós-operatória de forma significativa.

A técnica de reparo da hérnia incisional laparoscópica assistida por robô com fechamento intracorpóreo do defeito fascial e sutura circunferencial contínua para fixação de malha, é viável e pode reduzir a dor pós-operatória eliminando as suturas transfasciais.

Além da colocação de prótese Onlay (IPOM) após fechamento de defeito primário já descrita anteriormente, pode-se com o uso da plataforma robótica colocar a prótese em região pré-peritoneal e retromuscular com separação de componente posterior utilizando a técnica TAR com fechamento peritoneal, o que poderia potencialmente eliminar a necessidade de prótese revestida ou dupla face, sabidamente um dos óbices para a técnica laparoscópica em função de seu custo elevado.

Hoje um número significativo de reparos de hérnia ventral ainda é feito através da abordagem aberta.

Acredito que a cirurgia robótica pode desempenhar um papel importante em atrair esses cirurgiões para uma abordagem minimamente invasiva, onde a laparoscopia padrão falhou.



Cirurgia segura e o erro médico

ASPECTOS PRÁTICOS



Marcio Augusto Marques Inácio

Médico Cirurgião, Advogado, Presidente da Comissão de Direito da Saúde da OAB-Campinas, Pós Lato Sensu em Direito do Trabalho - PUCC, Pós Lato Sensu em Medicina do Trabalho e Perícias Médicas, Coordenador da Residência em Cirurgia Geral do CHPEO/Campinas, Gastro-Hepatologista, Professor de Direito Médico, Gastroenterologia, Medicina Legal e Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente da Faculdade São Leopoldo Mandic/Campinas

O atual código de Ética Médica rege que a relação médico paciente não é uma relação de consumo. Porém este não é o entendimento dos Tribunais Brasileiros. Como toda relação consumista, vale o ditado: não é o que falar, mas como falar. Nem em todo paciente insatisfeito temos por trás um erro médico. A afirmação é do cirurgião e advogado Marcio Augusto Marques Inácio, Presidente da Comissão de Direito da Saúde da OAB-Campinas.

Segundo Marcio Inácio, no Código Civil vigora a responsabilidade subjetiva para o médico, baseada na culpa do mesmo. Já no CDC, a responsabilidade pelos vícios é subjetiva com presunção de culpa do médico, além da inversão do ônus da prova em favor do paciente. Para o médico, ainda existe a dificuldade de excluir a culpa do paciente - ao não observar o período de repouso no pós-operatório (inclusive o sexual), evitar tabagismo 04 à 06 semanas antes da cirurgia ou tomar os medicamentos incorretamente, dentre outras.

Atualmente, os melhores hospitais com níveis de Segurança e Qualidade, tem adotado a prática do Disclosure, na qual preza pela existência de uma comunicação aberta, honesta e transparente entre os serviços de saúde e seus pacientes mesmo na ocorrência de um erro médico, deixando claro ao paciente a ocorrência de um evento adverso. É obvio que a comunicação com o paciente se torna um desafio à medida que ocorre um dano a sua saúde, porém não fornecer explicações após um resultado adverso é uma causa relevante de processo e uma fonte de insegurança para o paciente.

Em sua defesa equivocada, muitos estabelecimentos e médicos,

apresentam um consentimento informado do paciente assinado no ato da internação, confrontando o artigo 171 do Código Civil. Na ocorrência de um dano, siga os passos abaixo:

1 Caracterizar bem o evento: Qual o risco ou lesão desnecessária e involuntária ao paciente, qual(is) paciente(s) acometido(s), local preciso, data e hora definida, principais envolvidos.

2 Correção imediata para contenção/reversão do dano;

3 Garantir imediata e simultânea notificação para: médico responsável pelo paciente, responsável técnico da unidade, escritório da Qualidade, Núcleo de Gestão de Risco e Alta Direção;

4 Documentar o evento de forma a não gerar dúvidas no futuro. Documente somente os fatos ocorridos e as tratativas dadas. Não Inclua: possíveis culpados, sensações subjetivas e suposições, opiniões ou generalizações. Utilize a ferramenta de notificação de eventos disponível na organização;

5 Efetiva comunicação com o paciente e familiares. Tome a iniciativa de contato com o paciente ou familiares - Provoque uma reunião:

- A) Eleja um representante se a família for numerosa;
- B) Fale em um local reservado (cuidado com a privacidade);
- C) Desligue o celular e evite qualquer forma de distração;
- D) Sempre em duplas.
- E) Não fale em culpados. Não seja defensivo.

Durante a conversa

- Descreva o que aconteceu, não suas opiniões.
- Diga as consequências do evento, os passos que estão sendo tomados para lidar com o mesmo e o que está sendo feito para evitar a recorrência.
- Expresse sua desculpa e resignação.
- Por fim, numa clara, transparente e honesta conversa com seu paciente antes da cirurgia, o médico deve detalhar, com antecedência, o procedimento e os riscos em linguagem acessível e sem tecnicismos.



PECULIARIDADES DA ANESTESIA PARA A CIRURGIA ROBÓTICA

Desde o seu surgimento em meados do século XIX, quando conseguiu a imobilidade do paciente cirúrgico, a anestesiologia, alavancada pelo desenvolvimento da indústria farmacêutica e técnicas de monitorização, vem superando desafios com o surgimento de procedimentos cirúrgicos e diagnósticos cada vez mais complexos. Na contra-mão das demais especialidades, que a cada dia se sub-especializam, a anestesiologia é solicitada a atuar em locais, situações e ambientes dos mais diversos e peculiares. A cirurgia robótica representa um novo desafio no desenvolvimento e aprimoramento da atenção com o paciente sob anestesia.



**Brenner Franco
de Mattos**
TEA-SBA



Os cuidados e dificuldades encontrados na anestesia para cirurgia robótica são os mesmos presentes nas cirurgias laparoscópica e minimamente invasivas, agravadas pela presença de maior quantidade de equipamentos na sala cirúrgica, pela maior dificuldade de acesso ao paciente pelo anestesiologista, pelo posicionamento do paciente na mesa cirúrgica e pela acoplagem do robô ao paciente.

Na avaliação pré-anestésica devemos procurar fatores predisponentes a fenômenos tromboembólicos e adotar medidas profiláticas quando for o caso, já que o tromboembolismo representa a maior causa de óbito em cirurgia robótica até o momento. Deve-se questionar sobre patologias como o glaucoma, pois há relatos de cegueira transitória e permanente nos EUA, atribuída ao aumento da pressão intra-ocular pela absorção do CO₂, principalmente nas cirurgias de prostatectomia com tempo

cirúrgico prolongado. Observação de comorbidades e biotipos que predisponham às neuropraxias pelo posicionamento do paciente na mesa cirúrgica, já que constituem uma complicação de relativa frequência.

Antes do início da cirurgia é muito importante que o anestesiologista dê especial atenção aos acessos vasculares, monitorização, dispositivos de via aérea definitiva com seu correto posicionamento e adequada fixação devido à quase impossibilidade de acesso aos mesmos durante a cirurgia. Da mesma forma, deve-se antever os movimentos realizados pelos braços do robô durante o ato cirúrgico, nesse caso, posicionando corretamente os membros e cabeça do paciente, principalmente em cirurgias do abdômen superior, evitando lesões.

Na cirurgia robótica também é imprescindível a imobilidade do paciente. Hoje dispomos de um bloqueador neuromuscular, o rocurônio, que associado a seu an-

tagonista direto, sugamadex, nos possibilita um relaxamento muscular profundo com imediata reversão. Embora, a princípio, possa parecer suficiente para resolver a questão da imobilidade, devemos sempre dispor de monitorização do nível de consciência, evitando ter um paciente imóvel, mas consciente e consequentemente com possibilidade de memória intra-operatória.

Por último, mas não menos importante, devemos estar prontos para desacoplar o robô e iniciar manobras de reanimação cardiopulmonar em 1 minuto no caso de uma PCR, sendo esta, condição “sine qua non” para a realização de cirurgia robótica pela equipe.

Enfim, a cirurgia robótica já é uma realidade na área de atuação do anestesiologista e devemos estar atentos, vigilantes e proativos em relação a esse novo desafio no desenvolvimento e aprimoramento da anestesiologia, buscando sempre a excelência nos cuidados ao paciente sob anestesia.



SOBRA news



- Presidente: **Armando Melani**
- 1º Vice Presidente: **Flavio Malcher**
- 2º Vice-Presidente: **William Kondo**
- Secretário Geral: **Marcelo Furtado**
- Secretário Adjunto: **Leandro Totti Cavazzola**
- Tesoureiro: **Antonio Bispo Jr.**
- Tesoureiro Adjunto: **Pedro Romanell**
- Jornalista Responsável: **Elizabeth Camarão**
- Fotografias: **Arquivo SOBRACIL**
- Design: **F.Tavares**

www.sobracil.org.br

Av. das Américas, 4801 sala 308 - Centro Médico Richet - Barra da Tijuca Rio de Janeiro - RJ
CEP 22631-004 - Tel: 21 2430-1608 - Tel/Fax: 21 3325-7724 - E-mail: sobracil@sobracil.org.br

PATROCINADOR DIAMANTE

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

SOCIEDADES PARCEIRAS

