

RECOMENDAÇÕES PROFILÁTICAS PARA PACIENTES CIRÚRGICOS

ALAN MEKLER

ALOYSIO G. DA FONSECA

RESUMO

A maioria dos pacientes hospitalizados apresenta fatores de risco para trombose venosa profunda (TVP), que geralmente são cumulativos. Sem profilaxia para TVP a incidência varia de 10 a 40% em pacientes clínicos e cirúrgicos e 40 a 60% após cirurgia ortopédica. A profilaxia baseada nos fatores de risco é a melhor estratégia, além de reduzir morbimortalidade, reduz os custos hospitalares. O paciente deve ser estratificado e de acordo com seu risco, a profilaxia farmacológica e/ou mecânica deve ser instituída. Infecção do sítio cirúrgico (ISC) é a segunda causa mais comum de infecção hospitalar. A boa técnica cirúrgica e o tempo de cirurgia reduzido são as principais medidas na prevenção da ISC. O antibiótico profilático, escolhido de acordo com o procedimento cirúrgico realizado, é iniciado em até 1 hora da incisão, repetindo-se a dose caso a cirurgia se prolongue por mais de 4 horas (atenção à meia-vida), utilizando o antimicrobiano por no máximo 24 horas.

PALAVRAS-CHAVE: *Tromboembolismo pulmonar; Trombose venosa profunda; Heparina; Infecção de ferida cirúrgica; Antibiótico profilático; Profilaxia antimicrobiana.*

INTRODUÇÃO

A maioria dos pacientes hospitalizados apresenta fatores de risco para trombose venosa profunda (TVP), que geralmente são cumulativos. Sem profilaxia para TVP a incidência varia de 10 a 40% em pacientes clínicos e cirúrgicos e 40 a 60% após cirurgia ortopédica. De um quarto a um terço desses trombos acometem os vasos proximais, gerando maior risco de tromboembolismo pulmonar (TEP). A observação dos sintomas de TVP, assim como a realização de Doppler dos membros inferiores de rotina, não é eficaz na prevenção dos casos de TVP e suas complicações. Portanto, a profilaxia baseada nos fatores de risco (Tab.1) é a melhor estratégia. TEP é a causa mais comum de morte hospitalar prevenível e é a principal estratégia de aumento da segurança dos pacientes internados. A profilaxia além de reduzir morbimortalidade reduz os custos hospitalares⁶.

TIPOS DE PROFILAXIA

Profilaxia farmacológica: heparina não fracionada (HNF), heparina de baixo peso molecular (HBPM), antagonistas da vitamina K (AVK).

TABELA 1. FATORES DE RISCO.

Idade maior que 40 anos
Imobilidade
Cirurgia
Trauma
Câncer
Quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal
TVP prévia
Gravidez e puerpério
Terapia hormonal estrogênica
Doença clínica descompensada
Obesidade
Tabagismo
Varizes de membros inferiores
Acesso venoso central
Trombofilia

Profilaxia mecânica: compressor pneumático intermitente (CPI), meias de compressão graduada (MCG).

ESTRATIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO¹

BAIXO RISCO

Cirurgia menor em paciente de menos de 40 anos sem fator de risco adicional. Não existe profilaxia específica, apenas deambulação precoce.

RISCO MODERADO

Cirurgia menor em paciente com fator de risco adicional ou cirurgia em paciente entre 40 e 60 anos, sem fator de risco adicional. Profilaxia indicada: heparina não fracionada 5000 UI duas vezes ao dia (*bid*), HBPM uma vez ao dia (*qd*), CPI e/ou MCG.

ALTO RISCO

Cirurgia em paciente com mais de 60 anos ou entre 40 e 60 com fator de risco adicional. Profilaxia indicada: HNF três vezes ao dia (*tid*), HBPM *qd*, CPI e/ou MCG.

MAIOR RISCO

Múltiplos fatores de risco, artroplastia de

joelho ou quadril, cirurgia para fratura de fêmur, trauma maior e traumatismo raquimedular (TRM). Profilaxia indicada: HBPM *qd*, fondaparinux, warfarin (INR entre 2 e 3) ou métodos mecânicos + farmacológicos.

RECOMENDAÇÕES

Anestesia neuraxial: raquianestesia e anestesia peridural

Existe grande preocupação em relação ao uso da profilaxia farmacológica nos pacientes que receberam ou estão em uso de analgesia/anestesia neuraxial. O início do procedimento anestésico deve ser 12h após o uso da HNF ou 18 horas após no caso da HBPM. No pós-operatório a próxima dose deve ser retardada caso a punção tenha sido traumática. Uma vez que a condição cirúrgica permita, a profilaxia farmacológica para TVP pode ser instituída, mesmo que a equipe anestésica opte por manter o cateter peridural. A remoção do cateter peridural deve ser antes da dose seguinte da HBPM, e esta droga deve ser atrasada em no mínimo 2h após a sua retirada².

CIRURGIA GERAL, GINECOLÓGICA E UROLÓGICA

A primeira dose do anticoagulante heparina 5000 UI *bid* ou *tid*, ou HBPM *qd* pode ser feita 1 a 2h antes da cirurgia. Tempo de uso recomendado é de 2 a 3 semanas após a alta hospitalar. A heparina 5000 UI *tid* provou ser mais eficaz que o regime *bid*, sem apresentar maior risco de sangramento. No entanto, não existem estudos comparando os dois regimes. A HBPM não provou ser mais eficaz que a HNF, apenas tem um maior conforto posológico e induz menos trombocitopenia (HIT). A profilaxia mecânica deve ser considerada nos pacientes com maior risco de sangramento.

Nas cirurgias ginecológicas menores, ou seja, com menos de 30 minutos, apenas a deambulação precoce é necessária. Nas cirurgias maiores para doença benigna: HNF *bid*. Nas cirurgias para câncer: HNF *tid*, HBPM em alta dose (enoxaparina 40 mg) e/ou métodos mecânicos.

Nas pacientes maiores que 60 anos, submetidas à cirurgia para câncer ou TVP prévia, manter heparina por 2 a 4 semanas após alta.

Nas cirurgias urológicas transuretrais, não é necessária profilaxia específica, apenas a deambulação agressiva e precoce. Nas cirurgias urológicas maiores (abertas), a profilaxia é feita com HBPM, HNF ou métodos mecânicos. Caso o risco de sangramento seja grande manter com CPI e/ou MCG até que este risco diminua. Nos pacientes com múltiplos fatores de risco, utilizar os métodos farmacológicos e mecânicos.

CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

A associação européia de cirurgia endoscópica recomenda o CPI intraoperatório para os procedimentos prolongados. Já a sociedade americana de cirurgia gastrointestinal endoscópica recomenda o mesmo tipo de profilaxia que para as cirurgias abertas.

Tendo em vista os estudos até hoje realizados, a recomendação atual é contra o uso da profilaxia específica. Nos pacientes com fatores de risco para TVP, os métodos profiláticos são os mesmos que para as cirurgias abertas.

CIRURGIA ORTOPÉDICA

As cirurgias maiores são: artroplastia de quadril e joelho e cirurgia para fratura de quadril. A profilaxia nesses procedimentos é de rotina, já que aproximadamente 50% dos pacientes seriam afetados sem medidas profiláticas. É importante ressaltar que a maioria das TVPs ocorre após a alta hospitalar, sendo o principal motivo de reinternação.

É recomendado para as artroplastias de quadril o uso rotineiro de HBPM em alta dose iniciado 12h antes da cirurgia ou 12 a 24 h após a cirurgia. Pode-se optar pelo início da HBPM na metade da dose iniciando 4 a 6 h após a cirurgia e então passando para a alta dose no dia seguinte. As outras opções são fondaparinux 2,5 mg sc iniciando 4 a 6h após a cirurgia ou warfarin iniciado no pré-operatório ou na noite após a cirurgia, mantendo um INR entre 2 e 3. Os métodos mecânicos podem ser usados, mas

nunca isoladamente. AAS e HNF em baixa dose são contraindicados.

Para os pacientes submetidos à artroplastia de joelho, o uso da compressão pneumática intermitente é uma opção a profilaxia farmacológica, devendo-se lembrar que seu uso deve ser por todo o período que o paciente não está deambulando, e a colocação nos membros inferiores deve ser ótima. A interrupção deste método se dá quando o paciente é totalmente ambulatorial. Em relação aos anticoagulantes, as recomendações são as mesmas que para artroplastia de quadril.

Para artroscopia de joelho a recomendação é deambulação precoce. Nos pacientes que apresentam fatores de risco prévio ao procedimento ou o procedimento foi complexo com intervenção terapêutica, pode-se utilizar HBPM.

Para as cirurgias de fratura de quadril é recomendado HBPM, fondaparinux, HNF ou warfarin com INR entre 2 e 3. Iniciando-se 12 a 24 após a cirurgia. Para os pacientes em que a abordagem cirúrgica será tardia, emprega-se a profilaxia até o momento da cirurgia. Nos casos em que há alto risco de sangramento, são recomendados os métodos mecânicos.

O tempo mínimo de uso de profilaxia, para cirurgias ortopédicas maiores, é de 10 dias. No entanto, para as artroplastias de quadril e cirurgia de fratura de quadril é recomendado o uso do método profilático por 28 a 35 dias após a cirurgia. As opções são HBPM, fondaparinux ou warfarin.

CIRURGIA DE COLUNA

Nos casos em que não há fator de risco adicional, nenhuma profilaxia é recomendada. Para os pacientes que apresentam outros fatores de risco como idade avançada, déficit neurológico, malignidade, TVP prévio, abordagem cirúrgica anterior, o uso de HNF pós-operatória, HBPM pós-operatória, CPI perioperatório, MCG perioperatório ou CPI+MCG perioperatório são as alternativas. Nos pacientes com múltiplos fatores de risco é recomendada a combinação dos métodos farmacológicos e mecânicos.

LESÃO DOS MEMBROS INFERIORES

Este tópico inclui as fraturas abaixo do fêmur, lesões de cartilagens, ligamentos e tendões. Não é recomendado nenhum tipo de profilaxia empregada de forma rotineira.

NEUROCIRURGIA

A profilaxia rotineira é recomendada. Existe uma grande preocupação em relação ao sangramento nestes procedimentos. Por conseguinte, o CPI e/ou MCG são recomendados a despeito de sua menor eficácia em relação aos métodos farmacológicos. Embora não se tenha evidência, alguns centros começam a HNF ou HBPM após a tomografia computadorizada de controle no pós-operatório não demonstrar sangramento. Os métodos combinados podem ser usados nos pacientes de alto risco para TVP.

TRAUMA

Os pacientes traumatizados apresentam alto risco para TVP, sendo a terceira causa de morte após o momento inicial do evento. O risco é considerado maior para indivíduos com traumatismo raquimedular (TRM), fratura de pelve ou de membros inferiores, com necessidade de cirurgia, instalação de linha venosa femoral, imobilidade prolongada, idade avançada e reparo do sistema venoso. A HNF não provou ser melhor que o placebo, sendo a HBPM a escolha. O início da terapia ocorre quando a hemostasia é obtida, sendo as contra-indicações: sangramento cerebral, sangramento incontrolável ou TRM incompleto, com hematoma periespinal suspeito ou comprovado.

TCE sem sangramento franco, contusão ou laceração de órgãos, hematoma retroperitoneal ou TRM completo não são contraindicações para HBPM, desde que não haja sangramento em atividade. Na maioria dos casos o início da HBPM pode ser com 36h da injúria.

Para os pacientes com contra-indicação para terapia farmacológica, os métodos mecânicos são indicados, devendo-se usar o CPI e/ou MCG até o início do método farmacológico. O tempo de uso do anticoagulante não é definido,

no entanto geralmente é usado até o momento da alta. Caso a internação se prolongue por mais de 2 semanas e o paciente continue em risco, há a opção do warfarin, com INR entre 2 e 3, contando que não haja nenhum procedimento cirúrgico previsto. Até o momento não existe evidência para recomendar o uso do anticoagulante após a alta, contudo dependendo da condição do paciente alguns grupos o fazem.

TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

Os pacientes com TRM são os que apresentam maior risco de TVP e suas complicações. As recomendações para sua prevenção são as mesmas que para os pacientes com outros tipos de trauma maior. Devendo-se lembrar que a HNF e os métodos mecânicos usados de forma isolada não devem ser recomendados, com exceção do momento inicial do trauma, geralmente do primeiro ao terceiro dia em que o risco de sangramento é maior, sendo justificado o uso de CPI e/ou MCG até ser permitido o uso da HBPM. O tempo de uso é de, no mínimo, 3 meses ou durante toda a fase de reabilitação³.

GRANDE QUEIMADO

Embora não exista nenhum protocolo formal, o uso de HNF ou HBPM é recomendado. Fatores de risco adicionais nos pacientes queimados incluem: idade avançada, obesidade, queimadura dos membros inferiores e concomitância de trauma nos membros inferiores. A profilaxia é iniciada assim que se julgar seguro.

PROFILAXIA CIRÚRGICA ANTIMICROBIANA

A infecção da ferida cirúrgica, mais recentemente chamada de infecção do sítio cirúrgico, é a segunda causa mais comum de infecção hospitalar. A infecção pode ocorrer na ferida operatória ou em estruturas mais profundas e por definição vai até 30 dias da cirurgia ou até um ano, caso tenha sido implantado algum dispositivo⁴.

Os principais fatores relacionados com infecção do sítio cirúrgico (ISC) são: estado

geral do paciente, técnica operatória e uso do antibiótico no pré-operatório. Embora sejam rotina na maioria dos centros do mundo, os rituais utilizados antes do procedimento cirúrgico, como o uso de sabão antisséptico, o uso de máscara, gorro e de protetor para os sapatos são medidas em que não há evidência suficiente que comprove a sua utilidade, sendo seu maior benefício, a proteção das pessoas que trabalham no centro cirúrgico. A boa técnica cirúrgica e o tempo de cirurgia reduzido são as principais medidas na prevenção da ISC⁷.

Além do discutido acima, algumas recomendações com forte embasamento científico serão feitas com o propósito de prevenir as ISC⁵:

1. Remoção apropriada dos pêlos.
2. Controle da glicemia no pré e pós-operatório.
3. Manter normotermia.
4. Uso apropriado do antibiótico de acordo com o procedimento cirúrgico realizado, iniciando a droga dentro de 1h da incisão, repetindo caso a cirurgia se prolongue por mais de 4h (atenção à meia-vida), utilizando o antimicrobiano por no máximo 24h (Tab. 2 e 3).

Os antibióticos parenterais devem ser administrados 1 hora ou menos do início da cirurgia, e a repetição das doses deve ser feito a cada 1 a 2 meias-vidas da droga utilizada durante ato cirúrgico. No caso da vancomicina e fluoroquinolonas, a primeira dose deve ser feita 1 a 2 h

antes da incisão com o objetivo de evitar reações adversas durante a indução anestésica, além de garantir níveis adequados destas drogas no momento da incisão. Alguns autores indicam uma dose adicional do antibiótico antes de retirar o paciente da circulação extracorpórea, no caso das cirurgias cardíacas.

As indicações do uso da vancomicina são: Grande incidência de ISC por MRSA e S.epidermidis resistente no local onde será realizada a cirurgia; nos pacientes que são previamente colonizados por MRSA e nos pacientes que são alérgicos a penicilinas e cefalosporinas. Neste ultimo caso, alem da vancomicina a outra opção é a clindamicina.

Nas cirurgias colorretais ou ginecológicas, em pacientes alérgicos a cefalosporinas, pode-se usar metronidazol ou clindamicina + ciprofloxacina ou gentamicina ou aztreonam. O tempo de uso da profilaxia deve ser de no máximo 24h para a maioria das cirurgias, no entanto alguns autores sugerem manter por até 48h nas cirurgias cardíacas e artroplastias de quadril e joelho.

CONCLUSÃO

A avaliação do paciente submetido a cirurgia deve conter a estimativa do risco do mesmo desenvolver TVP/TEP no intra e pós-operatório. Pela morbi-mortalidade relacionada a esta complicação e custos é totalmente justificável a instituição rotineira da profilaxia farmacológica e/ou mecânica no grupo de pacientes elegíveis. O uso de antimicrobianos como profilaxia cirúrgica

TABELA 2. TEMPO EM QUE O ANTIBIÓTICO É ADMINISTRADO E O PERCENTUAL DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO (ISC).

TEMPO	INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO
Precoce	3,8%
Pré-operatório	0,6%
Perioperatório	1,4%
Perioperatório	3,3%

*PRECOCE SIGNIFICA 2 A 24H ANTES DA INCISÃO; "PRÉ-OPERATÓRIO" DE 0 A 2H ANTES DA INCISÃO; "PERIOPERATÓRIO" DENTRO DE 3H APÓS A INCISÃO; PÓS-OPERATÓRIO MAIS DE 3H APÓS A INCISÃO.

TABELA 3. ESCOLHA DA DROGA NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO.

Tipo de Cirurgia	Patógenos mais comuns	Drogas recomendadas
Cardíaca	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i>	IV: cefazolina 1 a 2g, vancomicina 1g
Esofageana Gastroduodenal	Bacilo Gram (-) Cocos Gram (+)	IV: cefazolina 1 a 2g
Colorretal	Bacilo Gram (-) Enterococos Anaeróbio	IV: cefotetan ou cefoxitina 1-2g ou cefazolina 1-2g+metronidazol 0,5-1g ou ampicilina/sulbactam 3g Oral: neomicina+eritromicina ou met- ronidazol
Apendicectomia não perfurada	Bacilo Gram (-) Anaeróbio Enterococos	IV: cefoxitina ou cefotetan 1-2g ou cefazolina+metronidazol
Víscera perfurada	Bacilo Gram (-) Anaeróbio Enterococos	IV: cefoxitina ou cefotetan +/- gentamicina 1,5 mg/Kg 8/8h
Genitourinário	Bacilo Gram (-) Enterococos	IV: ciprofloxacina 400 mg 12/12h
Ginecológica Obstétrica	Bacilo Gram (-) Enterococos Anaeróbio Estreptococos do grupo B	IV: cefotetan ou cefoxitina ou cefazolina
Cirurgia de cabeça-pescoço (acesso por mucosa)	Bacilo Gram (-) <i>S. aureus</i> Anaeróbio	IV: clindamicina 600 a 900 mg + gen- tamicina ou cefazolina
Neurocirurgia	<i>S. aureus</i> <i>S. epidermidis</i>	IV: cefazolina ou vancomicina 1g
Ortopédica	<i>S. aureus</i> <i>S. epidermidis</i>	IV: cefazolina ou vancomicina 1g
Torácica (não cardíaca)	<i>S. aureus</i> <i>S. epidermidis</i> Estreptococos	IV: cefazolina ou vancomicina 1g
Vascular (enxerto)	<i>S. aureus</i> <i>S. epidermidis</i>	IV: cefazolina ou vancomicina 1g
Vascular (amputação)	Bacilo Gram (-) Anaeróbio	IV: cefazolina ou vancomicina 1g
Trato biliar	Bacilo Gram (-) Anaeróbio Enterococos	IV: cefazolina 1 a 2g

gica tem como objetivo reduzir a probabilidade de ISC. Deve-se atentar para o tipo de cirurgia realizada para a cobertura adequada da microbiota local. O início da droga deve ser em até 1 hora da incisão e a repetição da dose tanto no intra-operatório como no pós-operatório deve levar em consideração a meia-vida do antibiótico. O uso da profilaxia além de 24 horas não diminui a probabilidade de ISC e pode selecionar microbiota resistente.

REFERÊNCIAS

1. ANDERSON, F.A. JR, SPENCER, F.A. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation* 2003; 107:I9-I16.
2. GEERTS, W.H., HEIT, J.A., CLAGETT, G.P., et al. Prevention of venous thromboembolism. *Chest* 2001; 119:132s-175s.
3. GEERTS, W.H., PINEO, G.F., HEIT, J.A., et al. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004; 126(3 Suppl):338S-400S.
4. HORAN, T.C., GAYNES, R.P., MARTONE, W.J., et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13:606-8.
5. MANGRAM, A.J., HORAN, T.C., PEARSON, M.L., et al. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. 1999. *Am J Infect Control* 1999; 27:97-132.
6. SECOND THROMBOEMBOLIC RISK FACTORS (THRIFT II) CONSENSUS GROUP. Risk of and

prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. *Phlebology* 1998; 13: 87-97.

7. THE SOCIETY FOR HOSPITAL EPIDEMIOLOGY OF AMERICA, THE ASSOCIATION FOR PRACTITIONERS IN INFECTION CONTROL, THE CENTERS FOR DISEASE CONTROL, THE SURGICAL INFECTION SOCIETY. Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13:599-605.

ABSTRACT

The majority of hospitalized patients present risk factors for deep vein thrombosis. Without prevention the incidence ranges from 10 to 40% in non-surgical and surgical patients and from 40 to 60% after orthopedic surgery. The prevention based on risk factors is the best strategy, reducing the mortality and costs. The patient must be evaluated and in accord to the found risks, pharmaceutical and/or mechanical prophylaxes are instituted. Surgical site infection is the second most important cause of nosocomial infection. The optimal surgical technique and short length of the procedure are the most important measures in the prevention of surgical site infection. The prophylactic antibiotic is started one hour before the incision and it is given for the next 24 hours.

KEYWORDS: Pulmonary thromboembolism; Deep vein thrombosis; Heparin; Infection of surgical wound; Prophylactic antibiotic.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

Haroldo Coelho da Silva

Médico da Unidade Docente Assistencial de Clínica Médica FCM - UERJ

Mario Fritsch T. Neves

Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica FCM - UERJ

Wille Oigman

Professor Titular de Clínica Médica FCM - UERJ

ARTIGO 1: A CONSULTA CLÍNICA PRÉ-OPERATÓRIA

Haroldo C. da Silva

Médico da Unidade Docente-Assistencial de Clínica Médica HUPE - UERJ

Raphael M. G. M. Gonçalves

Professor Substituto do Departamento de Clínica Médica FCM - UERJ

Endereço para correspondência:

Haroldo Coelho da Silva

Hospital Universitário Pedro Ernesto –

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 – 3º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: harcoelho@terra.com.br

ARTIGO 2: A NECESSIDADE DE EXAMES COMPLEMENTARES PRÉ-OPERATÓRIOS

Márcia C. B. Ladeira

Professora Auxiliar do Departamento de Clínica Médica FCM - UERJ

Endereço para correspondência:

Márcia Cristina B. Ladeira

Av. 28 de Setembro, 77 – 3º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: ladeira.marcia@gmail.com

ARTIGO 3: FÁRMACOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Rodrigo F. Garbero

Professor substituto do Departamento de Clínica Médica da FCM - UERJ

Luiz A. Vieira

Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica da FCM - UERJ

Endereço para correspondência:

Av. 28 de Setembro, 77 – 3º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: rogarbero@hotmail.com

ARTIGO 4: AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR EM PRÉ- OPERATÓRIO DE CIRURGIA NÃO-CARDÍACA

Ronaldo A.O.C. Gismond

Professor Substituto do Departamento de Clínica Médica FCM-UERJ.

Mario F. Neves

Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Mario Fritsch Neves

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 sala 329 – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: mfneves@uerj.br

ARTIGO 5: O PACIENTE HIPERTENSO

Daniel Arthur B. Kasal

Professor substituto no Departamento de Clínica Médica.

Wille Oigman

Professor Titular do Departamento de Clínica Médica.

Endereço para correspondência:

Wille Oigman

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 sala 329 – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: oigman@rio.com.br

ARTIGO 6: RISCO CIRÚRGICO EM PACIENTES COM ARRITMIAS CARDÍACAS

Eduardo C. Barbosa

Professor Assistente da Disciplina de Cardiologia da FCM - UERJ.

Responsável pelo Setor de Arritmias Cardíacas do

Serviço de Cardiologia do HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:

Eduardo C. Barbosa

Hospital Universitário Pedro Ernesto – Setor de Arritmias

Av. 28 de Setembro, 77 – 2º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / 20551-030

Telefone.: 2587-6631

Email: correabarbosa@terra.com.br

ARTIGO 7: MANEJO PRÉ- OPERATÓRIO DOS PACIENTES COM DOENÇA ENDÓCRINA E DOENÇA RENAL CRÔNICA

Manoel R. A. de Almeida

Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica.

Filipe S. Affonso

Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica.

Endereço para correspondência:

Manoel Ricardo A. de Almeida

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 – 3º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: mraalmeida@uol.com.br

ARTIGO 8: O PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR

Agnaldo J. Lopes

Chefe do Setor de Provas de Função Respiratória do HUPE-UERJ.

José Manoel Jansen

Professor Titular de Pneumologia FCM-UERJ

Endereço para correspondência:

Agnaldo J. Lopes

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Serviço de Pneumologia

Av. 28 de Setembro, 77, 2º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP: 20551-030

Telefone.: 2587-6537

Email: phel.lop@uol.com.br

ARTIGO 9: RECOMENDAÇÕES PROFILÁTICAS PARA PACIENTES CIRÚRGICOS

Alan Mekler

Professor substituto do Departamento de Clínica
Médica FCM-UERJ

Aloysio G. da Fonseca

Professor Assistente do Departamento de Clínica
Médica FCM-UERJ

Endereço para correspondência:

Aloysio G. da Fonseca

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 sala 329 – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ – CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: aloyisiofonseca@ajato.com.br

ARTIGO 10: AVALIAÇÃO PRÉ- OPERATÓRIA PEDIÁTRICA

Júlia M. Paes de Carvalho

Médica Residente de Pediatria da FCM-UERJ

Luciano A. M. Pinto

Professor Assistente do Departamento de Pediatria
da FCM-UERJ

Endereço para correspondência:

Júlia M. Paes de Carvalho

Rua Gal. Artigas, 72/301 / CEP 22441-140

Telefone: 021 9626-5466

Email: juliapc@terra.com.br