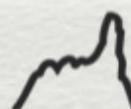


ISBN: 978-85-93361-03-6

Anais da **XXVIII**
Jornada do Internato
do Curso de
Medicina

2016

 Editora **UNIFESO**

XXVIII Jornada do Internato do Curso de Medicina

ANAIS DO EVENTO

ISBN: 978-85-93361-03-6

**TRABALHOS
COMPLETOS**

Teresópolis – RJ

2016

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

Jorge Farah
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Chanceler

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

José Feres Abido de Miranda
Pró-Reitor Acadêmico

Edenise da Silva Antas
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Ana Maria Gomes de Almeida
Diretoria do Centro de Ciências Humanas e Sociais

Mariana Beatriz Arcuri
Diretoria do Centro de Ciências da Saúde

Elaine Maria de Paiva Andrade
Diretoria do Centro de Ciências e Tecnologia

Michele Mendes Hiath Silva
Diretoria de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Diretoria Administrativa

Rosane Rodrigues Costa
Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano

Carla Regina Machado Neto
Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos

Diretoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – DPPE. Contato: confeso@unifeso.edu.br

ANAIS DA XXVIII JORNADA CIENTÍFICA DO INTERNATO MÉDICO DO UNIFESO

COMITÊ CIENTÍFICO

Andrea de Paiva Doczy
Andreia de Santana Silva Moreira
Carlos Pereira Nunes
Carlos Romualdo Barbosa Gama
Getúlio Menegat
Jacqueline Dias da Silva
Juliana Barcellos Dias Silva
Lorilea Chaves de Almeida
Luis Filipe da Silva Figueiredo
Luiz Guilherme Peixoto do Nascimento
Manoel Antonio Gonçalves Pombo
Marcus Vinícius Raposo da Câmara
Mariana Beatriz Arcuri
Paulo Cesar de Oliviera
Sávio Silva Santos
Simone Rodrigues
Sonia Paredes de Oliveira
Walney Ramos de Sousa

COMITÊ ORGANIZADOR

Andrea de Paiva Doczy
Carlos Pereira Nunes
Claudia Aparecida de Oliveira Vicente
Getúlio Menegat
Jacqueline Dias da Silva
Juliana Barcellos Dias Silva
Luis Filipe Da Silva Figueiredo
Manoel Antonio Gonçalves Pombo
Marcus Vinícius Raposo da Câmara
Mariana Beatriz Arcuri
Paula Ennes
Sávio Silva Santos
Simone Rodrigues
Sonia Paredes de Oliveira

AValiação DE GLICEMIA EM PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO

PEREZ, Mario Castro Alvarez Perez. Docente do Curso de Graduação em Medicina. NALIATO, Erika C. O. Naliato. Doutora em Endocrinologia pela UFRJ. AMORIM, Aline Santos. Discente do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRA-CHAVE: Hipotireoidismo; Glicemia; TSH; T4 livre; tireoide.

INTRODUÇÃO

O hipotireoidismo pode ser definido como uma síndrome clínica resultante de quantidade insuficiente, ação inadequada ou ausência de hormônios circulantes da glândula tireoide para suprir uma função orgânica normal, resultando em hipometabolismo e no acúmulo de glicosaminoglicanos no interstício de órgãos e tecidos.¹ Sabe-se que os hormônios tireoidianos contribuem na regulação do metabolismo de carboidratos.^{1, 2} Uma taxa reduzida na produção de glicose hepática é observada no hipotireoidismo diminuindo a necessidade de insulina em pacientes portadores de diabetes mellitus culminando em episódios recorrentes de hipoglicemia. Acredita-se que os hormônios tireoidianos possam influenciar no metabolismo de carboidratos através de sua interação com adipocitocinas e hormônios intestinais.³

OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo foi estudar a relação entre hipotireoidismo e metabolismo glicídico ao avaliar a glicemia de jejum em pacientes com hipotireoidismo acompanhados por um endocrinologista em sua clínica privada.

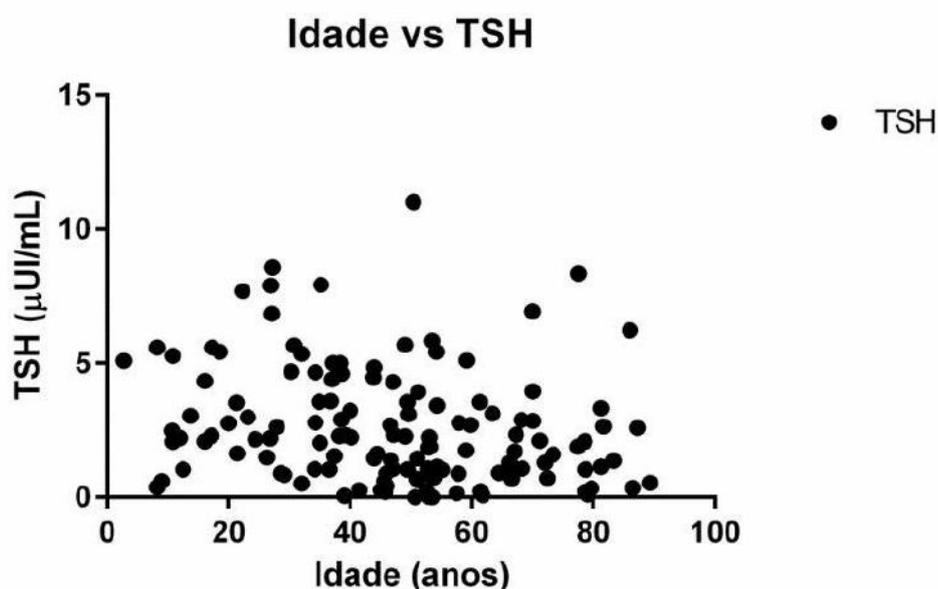
METODOLOGIA

Foi realizado um estudo seccional com 132 pacientes previamente diagnosticados com hipotireoidismo primário acompanhados no consultório da Prof^a Dr^a Erika C O Naliato. Como **estratégia de coleta de dados** os pacientes foram convidados a ingressar nesse estudo seccional por ocasião do comparecimento ao consultório para tratamento do hipotireoidismo e incluídos no estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – vide **Anexo 1**). Foram avaliados os seguintes dados: idade, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia, hemoglobina glicada, história de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, uso de medicações (antidiabéticas, anti-hipertensivos, anti-lipêmicos). Em relação à **estratégia de análise de dados**, os dados foram apresentados no formato média \pm desvio-padrão. Quando da comparação entre dois grupos, as médias foram comparadas através do teste T de Student não-pareado (paramétrico) ou do teste Mann-Whitney (não-paramétrico). As variáveis categóricas foram comparadas através do teste exato de Fisher. As relações entre duas variáveis foram avaliadas através de regressão linear e da correlação de Pearson (paramétrica) ou de

Spearman (não-paramétrica). O nível de significância empregado foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas através dos programas GraphPad Prism versão 6.05 2014 para Windows (GraphPad Software, San Diego, California, USA), GraphPad InStat versão 3.05 para Win 95/NT (GraphPad Software, San Diego, California, USA) e Epi Info™ versão 7.1.0.6 (Centers for Disease Control and Prevention, USA).

RESULTADOS

Na análise da relação entre as diversas variáveis estudadas, encontramos significância estatística para a correlação entre idade e TSH ($r = -0,2677$; $p = 0,0019$). Não houve correlação significativa entre a idade e os níveis de T4 livre ($p = 0,6436$). Tampouco encontramos correlação significativa entre pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, IMC, circunferência abdominal, glicose de jejum ou hemoglobina glicada e os níveis de TSH ou T4 livre.



CONCLUSÃO

A relação entre hormônios tireoidianos e o metabolismo glicídico envolve vários mecanismos. Entretanto, apesar do hipotireoidismo potencialmente alterar o metabolismo glicídico, podendo levar a episódios recorrentes de hipoglicemia, os resultados encontrados na nossa amostra não confirmam a literatura no tocante a alterações de glicemia de jejum em pacientes com hipotireoidismo bem controlado com reposição de levotiroxina.

REFERÊNCIAS

1. David G, Dolores Shoback, Endocrinologia básica e clínica de Greenspan. 9ª edição. McGraw-Hill Editora; 2013

2. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hausen S, Jameson L, Loscalzo J, Medicina Interna de Harrison 18^o edição. Amgh Editora; Vol 02. 2013
3. Daniella G, Fátima L, Daniella M, Maria G. Adipocitocinas: uma nova visão do tecido adiposo. Revista de Nutr. Campinas. 2007; 20(5):549-559.

QUAL O PADRÃO DE REPETIÇÃO DE PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS: pré-eclâmpsia, diabetes, infecção urinária e gestação prolongada

*Ana Beatriz Barros Guimarães Albuquerque de Magella
(Estudante do Curso de Graduação em Medicina)*

Este trabalho apresenta as principais patologias obstétricas que colocam em risco o binômio materno e perinatal. Neste, agrupamos a pré-eclâmpsia, o diabetes, a infecção urinária, e o prolongamento gestacional.

Vários fatores tornam a infecção do trato urinário (ITU) uma relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto o perinatal. Durante muitos anos, a gravidez foi vista como fator predisponente a todas as formas de ITU. Hoje sabe-se, que ela, como evento isolado, não é responsável por maior incidência de ITU. (¹)

O diabetes gestacional reflete uma dificuldade da secreção da insulina materna, em desacordo com a necessidade da gestação. Este fato ocasiona um estresse metabólico para a placenta e para o feto. (⁶)

Além disso, após o parto, estas mulheres que apresentaram o diabetes gestacional, têm um maior risco de se tornar diabéticas, ou de repetir em nova gestação a mesma complicação. Estas conseqüências estão diretamente ligadas aos seus hábitos de vida, e uma atuação drástica nestes fatores é de fundamental importância, principalmente em determinadas raças e/ou etnias mais propensas. (⁶)

O diabetes gestacional afeta desproporcionalmente as diversas raças e etnias existentes no mundo. Alguns autores relacionam este fato com a altura da paciente. Brite et al. (⁷) realizaram um coorte nos Estados Unidos em que acompanharam 5567 gestantes com diabetes gestacional e concluíram que as pacientes asiáticas eram as que menos risco apresentaram de cursar com esta doença, com uma proteção de cerca de 89% para este grupo, sendo que o mais diretamente ligado ao distúrbio foi o grupo de não brancos não hispânicas.

Middleton & Crowther (⁹) que sob a forma de uma revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane em 2014, é enfático em sugerir que todas as pacientes que passaram pela gestação com um quadro de diabetes gestacional, devem ser submetidas a um teste de tolerância a glicose após o parto. Os artigos revistos produziram a informação da relação direta entre a forma gestacional da alteração metabólica, com um futuro diabetes tipo 2. Portanto este exame servirá como rastreador para que a paciente adquira a consciência de que mudanças em seu estilo de vida são fundamentais para uma sobrevivência saudável.

Este trabalho pretendeu, ao examinar duas séries de internações, intervaladas de três anos, fazer uma comparação da evolução da pré-eclâmpsia, do diabetes, da gestação prolongada e da concomitância da infecção urinária com a gestação na cidade de Teresópolis. Com esta ação de saúde, poderemos contribuir para uma melhor adequação de nosso Hospital Universitário para uma atenção obstétrica de melhor qualidade com custo mais baixo.

JUSTIFICATIVA

Uma maternidade que é a única na cidade a atender o alto risco, e que atende uma média de 2 000 partos por ano, aberta para a internação de qualquer paciente, tem a necessidade de conhecer qual o perfil destas pacientes, permitindo que protocolos e rotinas estejam sempre à disposição do atendimento.

Além disso, comparar estas cifras dados oficiais do Ministério da Saúde, e com com a literatura mundial, criando assim um perfil de uma cidade de médio porte de um dos estados mais importantes de nossa Federação.

Uma maternidade que é a única na cidade a atender o alto risco, e que atende uma média de 2 000 partos por ano, aberta para a internação de qualquer paciente, tem a necessidade de conhecer qual o perfil destas pacientes, permitindo que protocolos e rotinas estejam sempre à disposição do atendimento.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Avaliar a incidência de algumas patologias obstétricas em duas amostras não concomitantes de puérperas que foram internadas na Maternidade do Hospital das Clínicas de Teresópolis.

Objetivo Secundário

Observar pelos percentuais encontrados, quais as patologias que se tornaram mais e menos comuns em um período de três anos.

Objetivo Acadêmico

Apresentar requisito para obtenção do grau de médico na Faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

METODOLOGIA

Fizeram parte desta pesquisa mães cujos partos ocorreram na maternidade do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, em dois momentos diferentes de pesquisa, constituindo assim duas amostras que serviram para comparar o comportamento de cada patologia obstétrica estudada. Foram elegíveis para esta investigação todos os recém-nascidos com peso ao nascer superior a 500g e/ou idade gestacional igual ou superior a 20 semanas.

GRUPO 1 - entre 22 de setembro de 2014 a 19 de junho de 2015. GRUPO 2 – entre 04 de abril e 23 de julho de 2016

No GRUPO 1 foi utilizado questionário pré-codificado, com a maioria das perguntas fechadas, e parte foi coletada prospectivamente através de pesquisa aos livros de registro de nascimento, prontuários médicos e exames pré-natais. O questionário, abaixo apresentado, englobava quatro pesquisas simultâneas, facilitando assim para que um grupo de alunos pudesse fazer seus trabalhos com ajuda mútua, relacionado com incidência de patologias obstétricas.

No GRUPO 2 um outro questionário foi instituído, sempre com a finalidade de colaboração entre estudantes, relacionou-se com outros assuntos, mas o material que foi aproveitado para este trabalho foi marcado por um quadro para melhor compreensão.

Ao final da segunda coleta de dados foi feita uma comparação entre a incidência das patologias em duas épocas distintas, calculando-se o percentual de variação em 3 anos de diferença.

RESULTADOS

No GRUPO 1 foram entrevistadas 312 pacientes no período da pesquisa, com maioria de primigestas, que um grande percentual realizou o pré-natal adequadamente, com predominância dos extremos de idade, não branca, e solteira.

As patologias se distribuíram, neste primeiro período da seguinte forma:

- ❖ Pré-eclâmpsia – 17 casos (5,44 %)
- ❖ Diabetes – 10 casos (3,20%)
- ❖ Pós-maturidade – 3 casos (0,96%)
- ❖ Infecção urinária – 115 casos (36,85%)

No GRUPO 2 o comportamento das incidências foi o seguinte:

- ❖ Pré-eclâmpsia – 36 casos (11,3%)
- ❖ Diabetes – 19 casos (5,97%)
- ❖ Gestação prolongada – 3 casos (0,94%)
- ❖ Infecção urinária – 112 casos (35,22%)

Podemos observar que a incidência de pré-eclâmpsia e do diabetes dobraram, enquanto a de infecção urinária e prolongamento da gestação permaneceram constantes. A primeira muito alta, enquanto a segunda muito pouco frequente.

DISCUSSÃO

Quando começamos nossa discussão de resultados, salta a vista a infecção urinária. Não é só o fato de manter-se inalterada, mas também continua com cifras muito elevadas.

O objetivo foi apresentar uma diferença da incidência de pré-eclâmpsia em pacientes com ou sem diabetes. Os resultados mostraram uma significância estatística entre o grupo com diabetes e PE (9,9%), com o de pré-eclâmpsia isolada (3,6%).

CONCLUSÕES

Em nossas duas amostras podemos observar que a gestação prolongada continua com baixo percentual e sem alterações. Nossa conclusão é que a cidade está sabendo agir corretamente com estes casos.

O diabetes e a pré-eclâmpsia aumentaram suas taxas, podendo ser interpretada somente como um aumento dos casos, mas também pela maior capacidade diagnóstica dos profissionais envolvidos com as gestantes.

As infecções urinárias continuam alarmantes, e nossa conclusão tem uma relação direta com o descaso que estes quadros recebem do pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A – Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM et al. Infecção urinária na gravidez: revisão. Rev Brás Ginecol Obstet.2008;30(2):93-100.

B – Eduardo JCC. Infecções do Trato Urinário. IN: Obstetrícia Básica. Chaves Netto H, Sá RAM. 2ª Ed.São Paulo, Atheneu,2007.

C – Guerra GVQL, Souza ASR, Costa BF et al. Exame simples de urina no diagnóstico de infecção urinária em gestantes de alto risco. Ver Brás Ginecol Obstet.2012;34(11):488-93.

D – Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (1):CD002256.

E – Vasconcelos EFP, Figueiro Filho EA, Oliveira VM et al . Urinary tract infection in high risk pregnant women. Rev Patol Trop.2013;42(1):21-9

F - Kim C. Maternal outcomes and follow-up after gestational diabetes mellitus. Diabet Med;2014;31(3): 292-301.

G - Brite J; Shiroma EJ; Bowers K; Yeung E; Laughon SK; Grewal JG; Zhang C. Height and the risk of gestational diabetes: variations by race/ethnicity. Diabet Med;2014;31(3): 332-40.

H - Hawkins M; Chasan-Taber L; Marcus B; Stanek E; Braun B; Ciccolo J; Markenson G. Impact of an exercise intervention on physical activity during pregnancy: the behaviors affecting baby and you study. Am J Public Health;2014;104(10): e74-81.

I - Middleton P; Crowther CA. Reminder systems for women with previous gestational diabetes mellitus to increase uptake of testing for type 2 diabetes or impaired glucose tolerance. *Cochrane Database Syst Rev*;3: CD009578, 2014.

J – Feldman RK, Tieu RS, Yasumura L. Gestational Diabetes Screening: The International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups compared with Carpenter-Cosutan screening. *Obstet Gynecol*.2016;127(1):10-17.

K – DATASUS. Ministério da Saúde. 2016. www.datasus.gov.br.

L – Oliveira CA, Vasconcellos MJA. Pré-eclampsia. IN: Sá RAM, Oliveira CA. *Obstetrícia Básica*: Atheneu;2015.349-70.

M – Brandão AHF, Lopes APBM, Cabral MA et al. Predição de pré-eclampsia: realidade atual e as direções futuras. *FEMINA*.2010;38(9).

N – Bonnesen B, Oddgeirsdottir HL, Naver KV et al. Women with minor menstrual irregularities have increased risk of preeclampsia and low birthweight in spontaneous pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand*.2016;95(1):88-92.

O – Dypvik J, Strem-Roum EM, Haavaldsen C et al. Preeclampsia in pregnancies with and without diabetes: the association with placental weight. A population study of 665 842 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand*.2016;95(2):217-24.

P – Cruz AFN, Vieira BDG, Queiroz ABA et al. Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: estudo descritivo com abordagem quantitativa. *Ver Pesq Cuid Fundam*.2016;8(2):4290-99.

ANÁLISE DO INTERVALO DE TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA FEMININO ANTES E DEPOIS DA LEI DOS 60 DIAS

MORAES, Ana Carolina. Discente do Curso de Graduação em Medicina.

RESUMO

O estudo objetiva analisar o intervalo médio de tempo entre o diagnóstico e o tratamento das mulheres portadoras de câncer de mama no Sistema Único de Saúde (SUS), no estado do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2015, bem como comparar os intervalos antes e depois da criação da Lei Federal 12.732 de 2012, que prevê que o primeiro tratamento das neoplasias malignas deve ser realizado num prazo de sessenta dias contados a partir da confirmação do diagnóstico. Foram utilizados dados disponíveis nos Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos dados preenchidos no sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade – APAC. Os resultados obtidos demonstraram que o prazo de 60 dias para receber o primeiro tratamento continua sendo ultrapassado. Foi encontrada uma mediana de 89 dias entre o diagnóstico e início da terapia.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama. Tempo para o tratamento. Sistemas de informação.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos e possui etiologia multifatorial envolvendo fatores biológico-endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida. Dentre os tipos de tumor, cerca de 80% correspondem ao ductal invasivo. Na maior parte são assintomáticos, porém em fases avançadas podem evoluir com retração ou abaulamento da mama, descarga papilar em água de rocha, aspecto em “casca de laranja” e inversão ou descamação do mamilo.

As atuais diretrizes nacionais indicam o rastreamento mamográfico bienal para mulheres de 50 a 69 anos com risco padrão. A mamografia constitui o principal exame de rastreio e também diagnóstico, pois é o único exame capaz de identificar microcalcificações. Classificado segundo o proposto pelo colégio americano de radiologia, os resultados das mamografias são padronizados no Sistema BIRADS, e então conduzido de acordo com cada classificação. O diagnóstico final, entretanto, é obtido através da realização da biópsia.

No Brasil o câncer de mama pode ser considerado um problema de saúde pública, que apresenta elevada incidência e morbimortalidade. Segundo a Estimativa 2016 realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), é esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025. Para o Brasil, são esperados 57.960 novos casos de câncer de mama com taxa de incidência bruta de 56,20 em 100.000 para este ano.

Diferentemente do encontrado em países desenvolvidos, que apresentam queda na mortalidade por câncer de mama, o Brasil ainda apresenta elevado número de mortes por essa moléstia, justificando a criação de medidas estratégicas que possam minimizar os danos e alcançar parâmetros ideais de controle do câncer.

A criação da lei dos 60 dias representa um dos planos nacionais de tentativa de redução de morbimortalidade, haja vista que, atraso na abordagem terapêutica do câncer implica em piores prognósticos e maior chance de morte pela doença. Longos intervalos no acesso ao tratamento do câncer de mama tem sido uma das barreiras no enfrentamento do câncer de mama pelas mulheres assistidas na rede pública.

OBJETIVO

Analisar tempos entre a data de identificação de um tumor e a da primeira ocorrência identificada no sistema de informação sobre atendimento de alta complexidade (APAC) do Sistema Único de Saúde – SUS relativo a tratamento a pacientes com câncer de mama feminino.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada utilizando dados mantidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), especificamente do módulo de atendimento de alta complexidade (APAC). Os arquivos com os dados foram obtidos a partir do *sítio* do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, no endereço eletrônico: www.datasus.gov.br. Esses arquivos foram os correspondentes ao Estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015.

Os arquivos encontrados foram descompactados por meio de função do software Tabwin. Após isso, os registros foram utilizados para a criação de um banco de dados, utilizando o gerenciador MySQL, chamado *dados_sus*. Nesse banco de dados, criaram-se as seguintes tabelas: *quimio*, *radioeapac* (formada pela união dos registros das tabelas *quimioeradio*). Utilizando a tabela *apac*, selecionaram-se apenas os dados relativos ao câncer de mama, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID – código C50, para o sexo feminino. Após essa seleção, o campo *cnspecn* (identificador do paciente), gerou-se uma nova tabela, chamada de *caso_c50*. A tabela de casos de câncer conteve apenas o primeiro registro APAC de cada indivíduo.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2015 foram identificados 6.131 casos de câncer de mama feminino nas bases do sistema APAC. Desses, 5.107 (83,3%) encontravam-se nas faixas etárias a partir dos 45 anos de idade. Mulheres entre 45 e 54 anos foram as mais frequentes – 1.782 (29,1%). Em termos de raça/cor, a mais frequente encontrada foi a branca (3.324 – 54,2%), seguida pela amarela (1.161 – 18,9%). Um pouco mais de 60% dos casos residiam na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. O estadiamento mais frequente nessa população foi o 3 – 44,5% e em 86,5% dos casos o primeiro tratamento

ambulatorial recebido foi a quimioterapia. Quase 50% das pacientes receberam o primeiro tratamento ambulatorial em município diferente do seu local de residência. O quadro a seguir contém as faixas de intervalos médios entre a data de identificação do tumor e o primeiro tratamento no sistema APAC entre os anos de 2008 e 2015.

Faixas de intervalos médios

Faixa intervalo	Quantidade de casos	Intervalo médio
Totais	6.131	89
1 a 20 dias	541	12
21 a 40 dias	942	31
41 a 60 dias	1.005	50
61 a 80 dias	827	70
81 a 100 dias	709	89
101 dias ou mais	2.107	159

O perfil das mulheres encontradas se assemelha ao analisado na revisão bibliográfica, em relação à faixa de idade, raça/ cor, local de residência e estado civil. O estadiamento, porém, teve o estágio III em primeiro lugar, diferente do descrito por outros autores que colocam o estágio II como sendo o mais encontrado. Essa informação pode ter sido modificada devido a utilização de dados exclusivamente ambulatoriais, considerando quimio/radioterapia o primeiro tratamento obtido.

CONCLUSÃO

O presente estudo confirma a real necessidade nacional de investimento de fundos no rastreamento e diagnóstico precoce de tumores de mama. E respondendo ao objetivo geral, de avaliar a eficácia da lei dos 60 dias, não foi visto redução do tempo de espera para o tratamento. Dessa maneira, a medida legislativa não apresentou influência real no controle do câncer de mama.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes.

Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil.

BRASIL. Lei nº 12.732 de 22 de Novembro de 2012. Ministério da Saúde.

Diário Oficial da União 23 de novembro de 2012; p1.

FERLAY J et al. **Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012**. International Journal of Cancer
doi:10.1002/ijc.29210 PMID:25220842 Publicação online 9 Out de 2014

BEREK JS. **Tratado de Ginecologia**. 14ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil** – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. **Breast Imaging Reporting and Data System® (BI-RADS®)**. 4ª ed. Reston, Va: American College of Radiology. 2003.

MEDEIROS GC et al. **Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(6): 1269-1282, jun, 2015.

ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO: ESTUDO COMPARATIVO DO SANGRAMENTO PÓS OPERATÓRIO COM RETIRADA OU NÃO PRECOCE DO TORNIQUETE

OLIVEIRA, Ana Carolina Tordo Antunes Pereira. Discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

MIBIELLI, Marco Antônio Naslausky. Docente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

PALAVRA-CHAVE: Artroplastia Total de Joelho. Torniquete. Isquemia.

INTRODUÇÃO

A artroplastia total do joelho (ATJ) é amplamente realizada dentro da ortopedia, com ótimos resultados a longo prazo. ¹ Porém a ATJ pode resultar uma importante perda sanguínea, causando uma incidência transfusional elevada com todas as suas complicações inerentes. ² Com o objetivo de diminuir a perda sanguínea evitando assim essas complicações, diversos estudos foram realizados em âmbito nacional e internacional nos últimos anos, avaliando opções para diminuir essa perda sanguínea.

OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivo através de levantamento da literatura por estudos sistemáticos e randomizados comparar a soltura precoce ou tardia do torniquete pelo sangramento pós-operatório.

DESENVOLVIMENTO

Jorn et al.³ realizou um estudo com 77 ATJ unilaterais. Ele dividiu os pacientes em dois grupos. No grupo 1, o torniquete foi liberado precocemente antes do fechamento da ferida para se localizar e cauterizar focos de sangramento. No grupo 2 o torniquete permaneceu inflado durante todo o procedimento até o fechamento da ferida e curativo compressivo. Os níveis de hemoglobina foram determinados no pré-operatório e no terceiro dia de pós-operatório. A perda sanguínea total intra e pós-operatória do grupo 1 foi de 858ml já a do grupo 2 foi de 589ml. A perda sanguínea intra operatória do grupo 1 durante a homeostasia foi de 221ml. Num subgrupo de 45 paciente submetidos a próteses sem cimentação tiveram uma perda total de 1022ml do grupo 1 e 646ml no grupo 2. Esse estudo encontrou uma diferença significativa de perda sanguínea com uma perda sanguínea maior no grupo com a soltura do torniquete. A relação perda sanguínea \ transfusão não foi significativa.³

Hernández-Castaño et al⁴ conduziu um estudo aonde 43 pacientes (46 joelhos) foram divididos em 2 grupos. A média da hemoglobina pré-operatória no grupo A 14,21 g / dl e grupo B 14,28 g / dl, foi semelhante. A média da perda de sangue total obtida foi para o grupo A de 743,2ml e para o grupo B, 692,5 ml. A média da hemoglobina nas primeiras 24 h para o grupo A foi de 10,04 g / dl e para o grupo B 10,28 g / dl, a média da hemoglobina até as primeiras 48 h foi de 10,1 g / dl para o grupo A e 10,3 g / dl para o grupo B. A média de unidades de sangue transfundido foi 2(0-5) no grupo A e de 1,8 (0-4) no grupo B. Esse estudo concluiu que não houve diferença estatística na hemoglobina pós-operatória, a perda de sangue total e as transfusões de que eram necessárias entre os dois grupos com liberação precoce ou tardia do torniquete.⁴

Thorey et al⁵ realizou um estudo com 20 pacientes (40 joelhos) que foram submetidos a ATJ bilateral simultânea. Grupo A: aonde foi feito a liberação precoce do torniquete e hemostasia antes do fechamento da ferida no primeiro joelho e o grupo B: com a liberação do torniquete e hemostasia antes do fechamento da ferida no segundo joelho. Foi avaliada, separadamente, a perda sanguínea intra operatória de cada joelho. A perda de sangue total com a técnica de soltura precoce do torniquete (20 joelhos) foi 753 ± 390 ml, sendo durante o primeiro dia após a cirurgia foi de 571±379 ml e no segundo dia até a remoção dos drenos foi de 182 ± 132 ml. Já a perda total para técnica com soltura tardia (20 joelhos) foi de 760 ± 343 ml. Sendo a perda de sangue no primeiro dia após a cirurgia de 621±299 ml e o segundo dia até remoção dos drenos de 139±100 ml. Não havendo diferença significativa entre as duas técnicas em relação à perda de sangue total. No grupo A houve uma perda de sangue de 653 ± 398 ml a técnica de liberação precoce e 686 ± 267 ml para a técnica de soltura tardia. No Grupo B houve uma perda de sangue de 854±374 ml para a técnica de liberação precoce e 834±406 ml para a técnica de soltura tardia. Neste estudo não houve diferença significativa na perda sanguínea entre as técnicas de liberação precoce e tardia do torniquete na ATJ cimentada bilateral simultânea.⁵

Vasconcelos et al² realizou um estudo com 72 pacientes submetidos a artroplastia total de joelho, totalizando 80 joelhos. Os pacientes foram separados em dois grupos cada um com 40 joelhos. No grupo 1 foi realizada a sutura da ferida e o curativo antes da soltura do torniquete. Já o grupo 2, foi feita a soltura do torniquete pneumático logo após a cimentação da prótese e a hemostasia aberta. Nesse estudo não houve diferença significativa quanto ao decréscimo da hemoglobina e do hematócrito no sangramento pós-operatório quanto a soltura do torniquete no transoperatório ou após a sutura da ferida e curativo compressivo.²

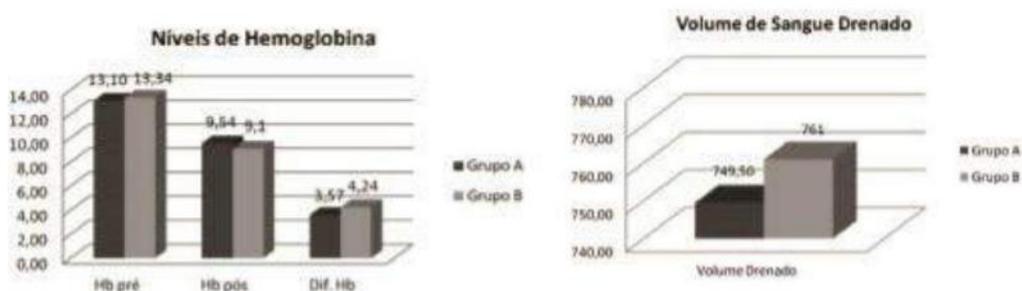
Avaliação da perda sanguínea pós-operatória (ml) pelo dreno de sucção ²				
	2 horas	02-04 horas	24-48 horas	Total
G1	338,7±154,55	301,7±159,2	106,85±54,06	747,25±242,83
G2	359,3±157,47	364,0±178,88	115,08±72,15	838,38±283,04
T	-0,59	-1,645	-0,577	-1545
P	0,557	0,104	0,566	0,126

Chang et al⁶ realizou seu estudo com pacientes submetidos a ATJ unilateral. Grupo A com a liberação do torniquete precocemente intra-operatória e a hemorragia subcutânea

posterior foi controlado com cauterização. Grupo B aonde o torniquete permaneceu inflado durante toda a operação até o fechamento da ferida e sua compressão externa. Após a cirurgia, não houve diferença significativa entre os dois grupos, com base na Hb ou a perda total de sangue calculada. ⁶

Perda sanguínea pré e pós-operatório entre os dois grupos ⁶			
	Grupo A	Grupo B	p
Hb pré-operatório	12.8±1.11	12.7±1.22	0.794
Hb pós-operatório	10.7±1.11	10.7±1.21	0.964
Redução de Hb(g/dL)	2.07±0.55	1.96±0.87	0.747
Redução de Hb(%)	1.63±0.43	1.53±0.67	0.704
Perda sanguínea	639.9±182.1	605.3±271.1	0.675
Transfusão	11.1	16.7	0.733

Leão et al. ¹ estudou de 2009 a 2010, 40 pacientes submetidos a ATJ unilateral. Grupo A, o torniquete foi liberado antes do fechamento da ferida operatória. No grupo B, a isquemia foi liberada após a sutura da pele e o curativo compressivo. Os resultados dos níveis de hemoglobina pré e pós-operatórios ficaram próximos. Estatisticamente também não houve diferença significativa entre as medianas dos volumes de sangue drenado dos grupos A e B. Nesse estudo concluiu-se que a liberação precoce da isquemia não exerceu efeito significativo sobre a perda de sangue colhido pelo dreno suctor e nos níveis de hemoglobina sérica pós-operatória quando com a liberação, ficando a manutenção dessa a critério e experiência do cirurgião. ¹



Fonte: Leão, 2013

Steffin et al⁷ submeteu trinta e sete pacientes à artroplastia total do joelho primária (37joelhos). Os pacientes tiveram seu hematócrito colhido diariamente até a alta ou até seus níveis se estabilizem. A média da queda de hematócrito no grupo de liberação precoce foi $11,74 \pm 3,03$ em comparação com uma diminuição média de $11,72 \pm 3,34$ no

grupo de liberação tardia. Esse estudo não encontrou nenhuma diferença estatística no hematócrito ou transfusão entre os dois grupos. ⁷

CONCLUSÃO

Com a intenção de diminuir a perda sanguínea diversas técnicas são aplicadas, entre elas o uso de torniquete, com sua liberação podendo ser realizada em diferentes momentos cirúrgicos, conforme critério do cirurgião.

Nessa revisão bibliográfica com sete artigos em que todos comparavam grupos, com a liberação precoce ou tardia do torniquete, apenas um trabalho realizado por Jorn et al.³ mostrou uma diferença significativa entre os dois grupos com um sangramento maior no grupo com a liberação precoce do torniquete, após a cimentação. Os outros seis trabalhos não mostraram diferença significativa entre os dois grupos. O momento de liberação do torniquete ainda é um tema muito controverso na literatura e pouco estudado, principalmente no Brasil. Apesar de um dos autores de trabalho concluir que o melhor resultado se dá na liberação tardia, não podemos concluir que uma das técnicas é superior que a outra, devendo ser realizados mais estudos para melhor comparar as duas técnicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Leão MG, Souza H, Ferreira MC, Ferreira Y. Avaliação da perda sanguínea após a liberação precoce ou tardia da isquemia em pacientes submetidos à artroplastia total do joelho. Rev. bras. Ortop. 2013; 28(2): 152-8
- 2) Vasconcelos JW, Vasconcelos G. Avaliação da perda sanguínea na artroplastia total do joelho com e sem soltura do torniquete. Acta ortop. bras. 2011; 19(1): 32-6
- 3) Jorn LP, Lindstrand A, Toksvig-Larsen S. Tourniquet release for hemostasis increases bleeding: a randomized study of 77 knee replacements. Acta Orthop Scand. 1999; 70(3):265-7.
- 4) Hernández-Castaños DM, Ponce VV, Gil F. Release of ischaemia prior to wound closure in total knee arthroplasty: a better method? IntOrthop.2008 ;32 (5) :635-8.
- 5) Thorey F, Stukenborg-Colsman C, Windhagen H, Wirth CJ. The effect of tourniquet release timing on perioperative blood loss in simultaneous bilateral cemented total knee arthroplasty: a prospective randomized study. Technol Health Care. 2008; 16(2):85-92.
- 6) Chang CW, Lan SM, Tai TW, Lai KA, Yang CY. An effective method to reduce ischemia time during total knee arthroplasty. J Formos Med Assoc. 2012; 111(1):19-23.
- 7) Steffin B, Green-Riviere E, Giori NJ. Timing of tourniquet release in total knee arthroplasty when using a postoperative blood salvage drain. J Arthroplasty. 2009; 24(4):539-42

MALFORMAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO CORTICAL CEREBRAL - SÉRIE DE CASOS

*LOPES, Ana Elisa. Discente do Curso de Graduação em Medicina da
Universidade Fundação Serra dos Órgãos.
(UNIFESO)*

*MOREIRA, Andreia Santana. Docente do Curso de Graduação em Medicina da
Universidade Fundação Serra dos Órgãos.
(UNIFESO)*

PALAVRAS-CHAVE: malformações do desenvolvimento cortical, epilepsia, displasia cortical, hemimegalencefalia, heterotopia cortical

INTRODUÇÃO

As malformações do desenvolvimento cortical (MDC) são alterações na formação do córtex cerebral, podendo ter origem genética ou ambiental. Possuem uma notável associação com diversas causas de epilepsia refratária ao tratamento ou de difícil controle, podendo afetar 70 a 90% dos portadores de MDC⁽¹⁾. As malformações podem causar também, além de epilepsias graves, déficits cognitivos, motores e atrasos no desenvolvimento neurológico. Durante o processo de desenvolvimento cortical, uma ou mais etapas podem sofrer insultos e/ou alterações, provocando lesões aberrantes e complexas e, conseqüentemente, uma arquitetura cortical defeituosa⁽²⁾. Desta forma, podem estar presentes mais de um tipo de malformação em um mesmo indivíduo. A principal classificação destas desordens, segundo Barkovitch et al são: 1) Malformações por anormalidades da proliferação e apoptose neuronal e glial; 2) Malformações por anormalidades na migração neuronal; 3) Malformações por anormalidades na organização cortical e 4) Malformações do desenvolvimento cortical não-classificáveis. Estas alterações provocam anomalias nas redes de conexões neuronais, podendo gerar assim distúrbios eletrofisiológicos.

O principal fator responsável pela alta incidência da epilepsia nos pacientes portadores de MDC é o fato de que as principais descargas elétricas paroxísticas e descontroladas que geram a crise epilética são originadas predominantemente no córtex cerebral⁽³⁾. Como discutido posteriormente no texto, as alterações corticais nas MDC são inúmeras e complexas, e isto explica o motivo pelo qual estes pacientes possuem quadros de difícil controle ou refratários ao tratamento. Este é também o motivo pelo qual estes pacientes comumente apresentam, além da epilepsia, quadros de déficits cognitivos e/ou motores.

Por definição, o termo epilepsia refere-se a uma disfunção do cérebro caracterizada por uma predisposição permanente para gerar crises epiléticas⁽⁴⁾. De acordo com a classificação da Liga Internacional contra a Epilepsia (International League Against Epilepsia, ILAE), uma crise é dita generalizada quando ocorre em redes neuronais distribuídas em ambos os hemisférios e que rapidamente as engajam e focal quando a

origem parte de apenas um dos hemisférios⁽⁵⁾. Dentro da classificação como generalizada ou focal as crises podem ainda ser subdivididas em outras classificações e subtipos. As etiologias podem ser divididas em (1) genética, quando algum defeito genético contribui para a epilepsia e as crises constituem o principal sintoma da síndrome; (2) estrutural/metabólica quando a causa se dá devido à algum distúrbio; e (3) etiologia desconhecida.

A teoria mais aceita para explicar a ictogênese é o desequilíbrio entre os mecanismos de descargas de potenciais de ação cerebrais, podendo este desequilíbrio ocorrer a nível de íons e membranas, células e circuitos locais e grandes redes neuronais⁽⁶⁾. As redes neuronais corticais anormais presentes nas MDC interferem no equilíbrio excitatório e inibitório que controla as descargas elétricas cerebrais, tanto pela posição aberrante dos neurônios corticais quanto por sua disfunção.

Estima-se que 25% a 40% dos casos de epilepsia de difícil controle ou refratárias na infância sejam originadas por MDC, sendo sua incidência precisa desconhecida⁽³⁾ e que as causas de epilepsia de uma maneira geral sejam cerca de 40-60% de origem genética, 25% etiologia estrutural ou metabólica e 25% de causa desconhecida⁽⁴⁾. Com o advento do uso da neuroimagem, em especial a Ressonância Magnética (RM), o número de diagnósticos das MDC passou a ser mais expressivo, por serem exames não invasivos e que permitem a identificação de variações anatômicas cerebrais, contribuindo para realizar o diagnóstico etiológico das MDC, bem como seu prognóstico e condutas mais adequadas.

OBJETIVOS

Relatar treze casos de malformação do desenvolvimento cortical, condição esta relacionada a epilepsia e desvios no desenvolvimento neuropsicomotor, e realizar breve revisão bibliográfica para discussão da série de casos.

METODOLOGIA

No presente trabalho será realizado o relato de treze casos envolvendo malformações do desenvolvimento cortical, os quais serão apresentados de acordo com seu mecanismo de formação: 1) anormalidades da proliferação e diferenciação de neurônios da glia; 2) anormalidades de migração neuronal; 3) anormalidades na organização neuronal. Juntamente será apresentada uma revisão bibliográfica a partir da literatura sobre o tema e artigos obtidos nas bases de dados da BIREME e Pubmed.

RELATO DOS CASOS

No presente trabalho foram avaliados treze pacientes com diagnóstico de MDC e observados o gênero sexual, o tipo de MDC, a etiologia provável, a evolução do caso e o tipo de tratamento utilizado. Nove pacientes são do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Em relação à fase de MDC: dois são originados na primeira fase onde ocorre a proliferação, apoptose e diferenciação; quatro casos de migração neuronal defeituosa (sendo dois deles associados à outra MDC) e nove de organização cortical anormal (sendo

três deles associados à outra MDC). Apenas seis pacientes tem etiologia da malformação definida, sendo a infecção congênita por Citomegalovírus a principal. A epilepsia predomina como manifestação clínica e em praticamente todos os casos são utilizados DAE e tratamento de reabilitação.

CONCLUSÃO

As MDC abordadas e os relatos de caso no presente trabalho permitem exemplificar a diversidade do espectro de déficits que cada tipo de malformação acarreta. A RM deve ser considerada uma grande ferramenta que possibilitou o diagnóstico de um número muito maior de casos, pelo fato de demonstrar lesões anatômicas e assim compará-las com suas respectivas apresentações clínicas. Pode-se afirmar que de fato a epilepsia é o transtorno mais comum presente nos pacientes com MDC, sendo as crises de difícil controle em um número significativo de pacientes. Os circuitos neuronais nunca são afetados da mesma forma ou na mesma extensão, e por isso em muitos casos síndromes com o mesmo diagnóstico podem ter uma gama tão variada de sintomas, tratamento, e resposta terapêutica, como pôde ser observado nos casos relatados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade CS. Espectroscopia de fósforo por ressonância magnética em malformações do desenvolvimento cortical [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 158p.
2. Meneses MS, Hertz A, Gruetzmacher C. Epilepsia e Desordens de Malformação do Desenvolvimento Cortical. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2006; 12(3):149-154
3. Leventer RJ, Guerrini R, Dobyns WB. Malformations of cortical development and epilepsy. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008; 10:47-62.
4. Zuberi SM, Symonds JD. Atualização sobre o diagnóstico e tratamento de epilepsias da infância. *J. pediatr.(Rio J.)*. 2015. V. 91, n. 6, supl. 1, p. S67-S77.
5. Guilhotoa LMFF. Revisão Terminológica e Conceitual para Organização de Crises e Epilepsias: Relato da Comissão da ILAE de Classificação e Terminologia, 2005-2009, Novos Paradigmas?. *J Epilepsy*. 2011. V. 17, n. 3, p. 100-105.
6. Silva AV, Cabral FR. Ictogênese, epileptogênese e mecanismo de ação das drogas na profilaxia e tratamento da epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2008. V. 14, p. 39-45.
7. Yousem DM. *Neuroradiologia* 3ª edição. Elsevier Brasil 2011; 640p
8. Standring S. *Grays Anatomia* 40ª edição. Elsevier 2010; 1584p
9. Camargo DPC et al. Displasia cortical focal, aspectos neurofisiológicos, imagiológicos e histológicos. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2010. V. 16, n. 2, p. 106-11.

10. Fonseca L. F., de Melo R. P., Cukiert A. Hemisferectomia funcional precoce na hemimegalencefalia associada à epilepsia refrataria. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62 (4), 1063-1067.
11. Gleeson J, Fox J, Berkovic S, et al. Doublecortin: a brain-specific gene mutated in human X-linked lissencephaly and double cortex syndrome, encodes a putative signaling protein. *Cell* 1998; 92: 63-72
12. Hernández CH, Marta, Bolte M, Lilian, Mesa L. Lisencefalia y epilepsia en pediatría. *Revista chilena de pediatría* 2007, 78(6), 615-620
13. Walsh CA: Genetic malformations of the human cerebral cortex. *Neuron* 1999; 23: 19-29
14. Bourgeois BF. *Pediatric Epilepsy: Diagnosis and Therapy*. Third Edition. Demos Medical Publishing 2007; 196p
15. Montenegro M. *Malformações do desenvolvimento cortical: contribuição dos fatores genéticos e ambientais para sua etiologia, aspectos clínicos e de neuroimagem* [tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2003.
16. Ross ME, Swanson K, Dobyns WB. Lissencephaly with Cerebellar Hypoplasia (LCH): A Heterogeneous Group of Cortical Malformations. *Neuropediatrics* 2001. 32:256-263.
17. Vuillaumier-Barrot S, Bouchet-Séraphin C, Chelbi M. Identification of Mutations in TMEM5 and ISPD as a Cause of Severe Cobblestone Lissencephaly. *The American Journal of Human Genetics* 2012. 91, 1135–1143.
18. Manreza MLG, Grossmann RM, Valério RMF, Guilhoto LMFF. *Epilepsia (infância e adolescência)*. São Paulo: Lemos Editorial. 2003. p.207-28.
19. Wyllie E, Gupta A, Lachhwani DK. *The treatment of epilepsy - principles e practice*. 4ª Edição. Lippincott Williams & Wilkins 2006.
20. Torres FR, Souza-Kols DA, Tsuneda SS. Estudos Genéticos e Moleculares em um Grande Grupo de Pacientes com Malformações do Córtex Cerebral. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2008; 14(3):101-105.
21. Neto AVS. *Síndrome de West: Um Relato de Caso* [trabalho de conclusão de curso]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Curso de Medicina, Centro de Ciências Biológicas da Saúde; 2013.
22. Oliveira, EPM et al. Caracterização das manifestações lingüísticas de uma família com Síndrome Perisylviana. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2005. V. 17, n. 3, p. 393-402.
23. Zacharias LC et al. Síndrome de Aicardi–Apresentação de um caso. *Arq. Bras. Oftalmol*. 2003. V. 66, n. 2, p. 227-230.

ATUALIZAÇÕES EM DERMATOOZONOSES

ELIAN, Aducto Hissa. Docente do Curso de Graduação em Medicina da UNIFESO.

SERON, Andressa Fernandes. Discente do Curso de Graduação em Medicina da UNIFESO.

PALAVRAS-CHAVE: Dermatozoonoses; Doença de Lyme; eficácia ivermectina.

INTRODUÇÃO

Dermatozoonoses podem ser conceituadas como quaisquer alterações cutâneas causadas por ação temporária ou permanente devido a protozoários, celenterados, insetos e larvas, em qualquer fase do seu ciclo biológico, podendo ser classificadas em Dermatozoonose parasitária ou não parasitária ⁽¹⁾. Dermatologicamente podemos sistematizar as Dermatozoonoses em superficiais e profundas: as superficiais são as situadas na epiderme, derme, mucosas externas e anexos cutâneos e podem ser exógenas, endógenas e oportunistas. As profundas são as que atingem a hipoderme. ⁽⁸⁾ A injúria cutânea pode ocorrer por toxicidade de substâncias liberadas pelos agentes agressores em contato com a pele; contato direto com o corpo agressor; absorção de substâncias tóxicas inoculadas pelo agressor através de picadas ou mordidas e pela penetração e/ou permanência do agente na pele. Devemos assinalar ainda que elas ocorrem com mais frequência em ambientes quentes e úmidos, sendo consideradas doenças que privilegiam os países tropicais e subtropicais^(1,7).

Escabiose, Tungiose, Pediculoses, Pulicose, Ixodidíase e Doença de Lyme, Miíases e Larva migrans constituem o foco de nosso estudo. Devemos ressaltar que o controle efetivo destas doenças é um desafio para a saúde pública: sua alta incidência e transmissibilidade; seu manejo, em geral, inadequado com recorrência frequente dos casos tratados; a existência de uma variedade de esquemas terapêuticos contraditórios em seus resultados e de uma inexplicável desimportância, muitas vezes observadas, tanto por parte da população quanto por gestores e profissionais de saúde fazem das Dermatozoonoses uma questão epidemiologicamente relevante, o que nos motivou na realização deste trabalho ⁽¹²⁾.

JUSTIFICATIVA

A justificativa deste trabalho relaciona-se à observação frequente dessas afecções cutâneas nos atendimentos das unidades básicas de saúde, dos ambulatórios de pediatria, clínica médica e dermatologia. O diagnóstico equivocado, tratamentos inadequados e a recorrência de casos são costumeiramente observados em nosso meio. Com a finalidade de contribuir para um diagnóstico mais preciso e um tratamento mais eficaz, visando menor recorrência dos casos, procuramos atualizações nas condutas destas patologias tendo como fio condutor a comparação dos seus resultados e a experiência profissional do Professor Aducto Hissa Elian.

OBJETIVOS

(1) Estudar as principais Dermatozoonoses com ênfase nos recentes avanços terapêuticos. (2) Rever os principais aspectos etiológicos, epidemiológicos, clínico-diagnósticos e terapêuticos das Dermatozoonoses mais frequentes; (3) Discutir seus resultados comparando-os com os tratamentos convencionais e com a rotina terapêutica no ambulatório de Dermatologia do Unifeso; (4) Destacar a importância da Doença de Lyme.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracterizou por ser bibliográfica de cunho explicativo, desenvolvida a partir de material já elaborado e publicado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, associada à experiência profissional do Dr. Aducto Hissa Elian.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as dermatozoonoses, a escabiose foi a que apresentou maiores divergências nos resultados quando comparamos os esquemas terapêuticos disponíveis; apesar dos inúmeros estudos, até o momento, não há consenso sobre o tratamento mais eficaz. Os estudos atuais mostram a necessidade de identificar novos medicamentos para a escabiose; isso se deve tanto a observação de resistência aos escabicidas clássicos, quanto à ineficácia dos tratamentos disponíveis⁽¹¹⁾. O medicamento mais prescrito para escabiose é a ivermectina, via oral, a qual foi considerada a “droga maravilha” no Japão⁽⁶⁾; entretanto ao analisar os resultados dos ensaios clínicos disponíveis, notamos que existe um claro exagero quanto às expectativas em torno da eficácia da ivermectina. Enquanto aguardamos mais estudos sobre as “futuras promessas terapêuticas”, como, por exemplo, a criação de uma vacina para escabiose e o novo medicamento, a moxidectina⁽¹³⁾; continuamos preferindo os escabicidas tópicos, em especial, a permetrina, o benzoato de benzila e o monossulfiram^(5,8,10,13).

No caso da Ixodidíase, a extração cirúrgica do carrapato é a única técnica que assegura a remoção completa deste agente infeccioso. Não podemos falar de ixodidíase sem descrever uma doença em expansão, grave, pouco lembrada, às vezes de difícil diagnóstico que é a Doença de Lyme, produzida por picada de carrapatos e cuja etiologia é a *Borrelia burgdorferi*; o medicamento de escolha para tratar as lesões cutâneas é a doxiciclina de 100mg, administrada duas vezes ao dia por 14 a 21 dias.^(1,9) Na presença de sintomas articulares, deve-se acrescentar o probenacide, caso haja manifestações neurológicas, optamos por utilizar ceftriaxona, 2g/dia por 03 a 04 semanas. A prevenção deve ser estimulada, através de orientações quanto a vestimentas, comportamento em florestas e uso de repelentes^(1,9).

No caso de Pulicose, recomenda-se a utilização de creme de corticosteróide e para o prurido deve-se prescrever anti-histamínicos^(1,2).

Na Tungiose, apesar do tratamento de escolha ser a remoção cirúrgica do parasita, nos casos de infestação maciça, podemos utilizar outras opções terapêuticas, como o tiabendazol via oral e a ivermectina (ainda necessitando de melhor avaliação)^(1,4,10). Outros esquemas demonstraram bons resultados como aplicação de dimeticona nos pés⁽¹⁵⁾ e a utilização de repelentes naturais compostos por óleo de coco, jojoba e babosa⁽¹⁰⁾.

Os estudos referentes à larva migrans, ainda que seja uma doença autolimitada, ratificaram a necessidade de tratamento devido às possíveis e frequentes complicações. A opção de terapêutica tópica é o tiabendazol creme 5%, e a opção sistêmica preferencial é o albendazol, visto que o tiabendazol pode apresentar diversos efeitos colaterais ^(1,4). Além disso, os estudos demonstraram bons resultados com a Ivermectina, que é uma recente proposta terapêutica, nesta patologia ^(1,2,4,9).

O tratamento na miíase primária é a remoção do parasita por meio da expressão da lesão, ou pela asfixia do parasita ^(1,2,4,9,14) utilizando-se algodão com éter e consequente transitória oclusão do orifício do nódulo, facilitando a remoção do parasita⁽¹⁾; ou, ainda, com medidas que façam a obstrução mecânica do orifício^(1,2,4,9,14), entre elas temos condutas populares e relativamente eficazes como a colocação de pedaço de toucinho no orifício do nódulo, ou ainda colocação de uma tira de esparadrapo sobre a lesão. Estas medidas impedem que a larva respire forçando-a a emergir e ser retirada com pinça ou pela expressão manual. ^(1,2,4,9,14). Entretanto esses procedimentos são demorados e nem sempre funcionam; algumas vezes é necessária uma pequena intervenção cirúrgica sob anestesia ⁽¹⁴⁾. Após a eliminação da larva, a lesão involui rapidamente.

Outra novidade é relacionada ao tratamento da miíase secundária, na qual a conduta é a remoção do parasita. Mas, atualmente, existe a opção da utilização de ivermectina sistêmica, em dose única, ocasionando a morte das larvas, ^(1,4,9,14). Além disso, percebeu-se que ivermectina na dose de 300mg/kg é mais eficaz do que a dose habitual de 200mg/kg, não necessitando de complementação terapêutica ⁽¹⁴⁾.

Em relação ao tratamento da pediculose de couro cabeludo, contamos com métodos físicos como, a remoção mecânica das lêndeas (a maior parte dos medicamentos utilizados não é lenticida) e o uso do pente fino no cabelo molhado e com condicionador ⁽³⁾; este método não mata os piolhos, apenas os remove, evitando a propagação da doença. Já os pediculicidas tópicos, necessitam de duas a três aplicações com intervalo de uma semana entre elas visando alcançar todas as gerações possíveis de eclosão das lêndeas promovendo a redução do risco de reinfestação e a prevenção da resistência aos medicamentos ⁽⁴⁾. A permetrina a 1% ou a 5%, aplicada nos cabelos limpos e secos ^(3,4) possuía elevada eficácia, mas, atualmente, devido à utilização generalizada, observou-se crescente resistência a este fármaco ⁽¹⁶⁾. Estudos recentes compararam a utilização da permetrina 1% (duas aplicações) com dimeticone gel 4% (uma aplicação) evidenciando nítida superioridade com a utilização dimeticone gel ⁽¹⁷⁾. O agente oral que pode ser utilizado é a ivermectina, na dose de 250 mcg/kg; é uma boa opção para pacientes resistentes a terapia tópica e apresenta ótimos resultados. ^(3,4,9,16), o que coincide com a experiência do Professor Adaucto, na prática clínica de nosso ambulatório.

A pediculose de corpo, felizmente, nos últimos anos, diminuiu sua incidência em nosso meio. O tratamento desta condição visa à destruição das roupas, as quais devem ser descartadas em sacos plásticos e incineradas ^(3,4). Recomenda-se o tratamento medicamentoso “da cabeça aos pés” com esquemas similares aos da escabiose ⁽⁴⁾, preferindo a utilização do creme de permetrina 5% ⁽³⁾.

A pediculose pubiana, ou ftiríase, conta como tratamento tópico o uso de permetrina creme a 5% como a opção considerada mais eficaz ^(3,4). Além disso, os parasitas devem ser retirados, com auxílio de pinça. A Ivermectina pode ser utilizada nos casos de acometimento

anal ou ciliar, na dose de 200mg/kg ^(3,4,9). É importante que o parceiro seja tratado simultaneamente e sempre devemos inspecionar as outras áreas pilosas do paciente.

CONCLUSÃO

Observamos que as atualizações em dermatozoonoses referem-se, não somente, mas, com primazia, aos tratamentos e/ou esquemas e estratégias terapêuticas, notadamente na escabiose; percebemos muita divergência quando o assunto é a droga de escolha e sua eficácia. A pesquisa na literatura evidenciou necessidade de identificação de novos fármacos para o tratamento da escabiose que promovam melhor adesão dos pacientes e, principalmente, produzam menos dermatite por irritação química além de maior confiabilidade nos tratamentos orais, com dose única.

Além da terapêutica propriamente dita, é essencial para uma avaliação mais acurada de sua resolatividade, considerar as especificidades de cada região, os impactos das campanhas de prevenção, aconselhamento e orientação e, sobretudo, o rastreamento dos pacientes tratados e/ou em tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azulay RD, Azulay DR, Trindade PB. Dermatozoonoses. In : Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2008. p. 438-448.
2. Sampaio S, Rivitti E. Dermatologia. 2º ed. São Paulo : Astes Médicas, 2001.p. 576-586.
3. Stone S, Goldfarb J, Baceli R. Scabies, other mites and pediculosis. In: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, et al. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 7 th ed. New York: Ed. MacGraw Hill; 2008.p. 2029-2037.
4. Bologna J, Jorizzo J, Rapini RP. Dermatology. 2nd edition. London: Ed. Mosby; 2010
5. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev 2007; 3: CD000320.
6. Crump A, Ōmura S. Ivermectin, „wonder drug“ from Japan: the human use perspective. Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci 2011; 87: 13–28.
7. Kalil C; Webber A. Zoodermatoses. In: Ramos M, Castro MC. Fundamentos de dermatologia. 3ª ed. RJ. Atheneu, 2009. P. 1043 -1066.
8. Mesquita A. Sugestões para a Classificação das Dermatozoonoses. An. Bras. Dermatol 1983; 58(2).
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica- 1ª edição. Brasília: MS; 2002.

10. Ariza L. Um novo método para avaliação rápida da tungíase em área endêmicas [Trabalho de conclusão de curso]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Programa de pós graduação em ciências medicas; 2009.
11. Thomas J, Peterson GM, Walton SF, et al. Scabies: an ancient global disease with a need for new therapies. *BMC Infect Dis* 2015; 15: 250. Disponível em: doi:10.1186/s12879-015-0983-z.
12. Heukelbach J, Oliveira FAS, Feldmeier H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2003 Oct [cited 2016 July 31]; 19(5): 1535-1540. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500032>.
13. Mounsey KE, Bernigaud C, Chosidow O, et al. Prospects for Moxidectin as a New Oral Treatment for Human Scabies. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2016; 10(3), e0004389. Disponível em: <http://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004389>.
14. Ribeiro FAQ, Pereira CSB, Alves A, et al. Tratamento da miíase humana cavitária com ivermectina oral. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [Internet] 2001 Nov [cited 2016 July 31]; 67(6): 755-761. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992001000600002>.
15. Thielecke M, Nordin P, Ngomi N, et al. Treatment of Tungiasis with Dimeticone: A Proof-of-Principle Study in Rural Kenya. *PLoS Negl Trop Dis* 2014; 8(7): e3058. Disponível em: doi:10.1371/journal.pntd.0003058.
16. Smith CH, Goldman RD. An incurable itch: Head lice. *Canadian Family Physician* 2012; 58(8): 839-841.
17. Burgess IF, Brunton ER, Burgess, NA. Single application of 4% dimeticone liquid gel versus two applications of 1% permethrin creme rinse for treatment of head louse infestation: a randomised controlled trial. *BMC Dermatology* 2013; 13(5): 1-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1471-5945-13-5>.

CORRELAÇÃO ENTRE A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E A SÍNDROME METABÓLICA

*Oliveira, PC. Docente do curso de graduação em Medicina do UNIFESO
Duarte, AB. Discente do curso de graduação em Medicina do UNIFESO*

PALAVRAS CHAVES: Doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome metabólica, inflamação sistêmica

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) constitui condição tratável e evitável, decorrente de obstrução do fluxo aéreo consequente a inalação de fumaça de tabaco e exposição a gases tóxicos, determinando progressiva limitação da função pulmonar.

A Síndrome Metabólica (SM) predispõe ao aparecimento de distúrbios cardiovasculares e a diabetes mellitus tipo 2. Dada a grande prevalência das duas patologias, há importância em se determinar como uma situação interfere no curso clínico da outra.

OBJETIVOS

Avaliar a positividade dos marcadores da Síndrome Metabólica em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica atendidos no Ambulatório de Pneumologia UNIFESO, correlacionando com a sistematização de gravidade da doença respiratória.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado o levantamento dos casos de pacientes com história de doença pulmonar crônica atendidos nos últimos 12 meses e registrados no “banco de dados” do sistema informatizado do UNIFESO, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) com os números de código “CID”: J42 - J43 ou J44, sendo visualizados 480 pacientes. Revisando os casos, foram selecionados 25 pacientes que tinham história clínica e exame físico compatíveis com o diagnóstico de DPOC e que haviam realizado exames complementares dirigidos à investigação de SM.

A DPOC foi definida de acordo com resultado obtido em espirometria com a relação VEF1/CFV inferior a 70% pós prova broncodilatadora, de acordo com a definição proposta pela SBPT e o GINA. A SM foi definida de acordo com critérios adotados pela IDF: obesidade central na presença de mais dois critérios seguintes: HDL < ou = 40 mg/dl em homens e < ou = 50 mg/dl em mulheres, triglicérides > ou = a 150 mg/dl, glicemia de jejum > 100mg/dl e pressão arterial > ou = a 130x85 mmHg.

Foram verificados os dados obtidos no exame físico com relação à aferição da pressão arterial, do peso e altura, as medidas da circunferência abdominal e o Índice de Massa Corporal (IMC), glicemia de jejum, colesterol total e suas frações - LDL e HDL e os triglicérides.

Revisão bibliográfica foi realizada com 14 artigos selecionados através de Pesquisa nos sites: PUBmed, LILACs, EBSCO, Cochrane, com intuito de comparar os resultados encontrados neste trabalho, com aqueles observados em outros estudos.

ANÁLISE DE DADOS

Os pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia UNIFESO são cadastrados através de prontuário eletrônico e as informações são arquivadas através de um sistema informatizado. Foi realizado o levantamento dos casos de pacientes com história de doença pulmonar crônica atendidos nos últimos 12 meses e registrados no sistema conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) com os números de código “CID”: J42 - J43 ou J44, sendo visualizados 480 pacientes.

Revisando os casos, foram selecionados 25 pacientes que tinham história clínica e exame físico compatíveis com o diagnóstico de DPOC e que haviam realizado exames complementares dirigidos à investigação de SM.

Eram 12 (48%) homens e 13 (52%) mulheres. Todos realizaram espirometria, sendo selecionados os casos que apresentassem evidência de distúrbio ventilatório obstrutivo puro ou associado a distúrbio restritivo. Os casos que apresentavam alterações compatíveis com distúrbio ventilatório restritivo puro foram excluídos do trabalho.

Foi realizado, na sequência, avaliação da gravidade da DPOC para cada paciente, com base na classificação proposta pelo GOLD, levando em consideração a variação do VEF1 no teste feito após broncodilação com salbutamol, a saber:

- Distúrbio obstrutivo leve: $VEF1 \geq 80\%$ do predito
- Distúrbio obstrutivo moderado: $50\% \leq VEF1 < 80\%$ do predito
- Distúrbio obstrutivo severo: $30\% \leq VEF1 < 50\%$ do predito
- Distúrbio obstrutivo muito severo: $VEF1 < 30\%$ do predito

Verificou-se nos prontuários algumas medidas antropométricas dos pacientes – peso, altura, IMC, circunferência abdominal. Foi verificado os resultados dos exames complementares que haviam sido realizados no curso do ano da observação, visando a identificar alterações que se pudessem correlacionar com a SM, tais como dosagem da glicemia de jejum; perfil lipídico com dosagem de colesterol total; HDL, LDL e triglicérides. Foi verificada a pressão arterial da data primeira consulta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando detalhadamente os resultados encontrados, expostos sequencialmente no texto, verificou-se que há uma correlação muito nítida entre a gravidade do comprometimento ventilatório dos pacientes e as alterações básicas que indicam a existência de fenômenos inflamatórios, que se constituem na essência fisiopatológica da SM. Os achados deste trabalho de conclusão de curso (TCC), neste contexto, são concordantes com o que está amplamente demonstrado nas diferentes pesquisas publicadas na literatura científica.

Vale assinalar que os resultados encontrados expressam de modo positivo o que já seria esperado em uma avaliação desta natureza, uma vez que não existe argumentação científica que possa negar a afirmativa de que quanto mais intensos são os mecanismos inflamatórios envolvidos na patogenia da DPOC, mais severo é o comprometimento funcional ventilatório destes pacientes. E como consequência mais graves são as manifestações clínicas que se exteriorizam nesta população específica de pacientes

A seguir as correlações obtidas da análise:

1. Os pacientes que têm a forma de **DPOC muito severa** são os de número **6 e 14**.
2. O paciente de número **6** apresenta também – hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e obesidade grau III (mórbida), podendo ser considerado o paciente mais comprometido desta série.
3. O paciente de número **14** apresenta também – hipertensão arterial, diabetes melitus, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia e obesidade grau II.
4. Os pacientes que têm a forma de **DPOC severa** são os de número **4, 10 e 19** e, de forma previsível, apresentam também os sinais da SM – hipertensão arterial, diabetes melitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e obesidade grau II.
5. Os pacientes que estão classificados espirometricamente como **DPOC moderada** são os de número **11, 15, 16, 22 e 25**. Vale assinalar que todos são diabéticos, com exceção apenas do número **25** e que os de número **11 e 16** são hipertensos.
6. Por fim, verifica-se nesta análise, que os pacientes classificados como **DPOC leve** – são os de números **1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 23 e 24** – que constituem a maioria desta série. Destes últimos mencionados são portadores de hipertensão e diabetes simultaneamente somente os de número **9 e 23**. Apresentam apenas a hipertensão como comorbidade os pacientes de números **3 e 5** e de forma semelhante, apresenta apenas o diabetes como comorbidade o paciente de número **12**.

Em síntese, com os dados obtidos neste trabalho é possível confirmar os conhecimentos que a literatura científica consultada já nos informa, ou seja, há uma nítida correlação de morbidade entre a evolução desfavorável dos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com o fato de os mesmos apresentarem positividade para os marcadores de comprometimento inflamatório sistêmico, sinais que indicam a existência concomitante da Síndrome Metabólica (SM).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clini E, Crisafulli E, Radaeli A, Malerba M. COPD and The metabolic syndrom : an intrigant association. Intern Emerg Med. 2013 jun; 8(4):283–9
2. Tarantino AB. Doenças Pulmonares. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2008
3. Cukier A, Sandrini A, Cardoso AP. Jornal brasileiro de pneumologia. 2004 nov; 30 (5): 1806-3713
4. Bethlem N. Pneumologia. 4.ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1998
5. Oliveira PC . Apresentações Clínicas da DPOC Pulmão RJ 2013; 22 (2):15-8
6. Machado DC,Camilo GB, Noronha AJ, et al. Diagnóstico Radiológico da DPOC. Pulmão RJ. 2013 set; 22(2): 45-9
7. Franco CAB, Leal R, Kissmann G. Tratamento da DPOC grave. Pulmão RJ. 2009; 1(1):54-61
8. Vilar L. Endocrinologia Clínica. 4. ed. São Paulo: Guanabara; 1996
9. Penalva DQF. Síndrome Metabólica diagnóstico e tratamento Rev Med São Paulo. 2008 out.-dez.; 87(4):245-50
10. Brandão AP, Brandão A, Nogueira AR, et al. Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2005 abr; 84 (1): 1-28
11. Manglano JD,Romero JD, Almagro P, et al. COPD patients with and without metabolic syndrome: clinical and functional differences. Intern Emerg Med. 2014 jun; 9(4):419–25
12. Joshi A, Naik D, Paul TV, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and the metabolic syndrome: Consequences of a dual threat. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2014 set- out; 18 (5): 608-16
13. Carreiro A, Santos J, Rodrigues F. Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. Rev Port Pneumol. 2013 mai;19(3):106-13
14. Breyer MK, Spruit MA, Hanson CK, et al. Prevalence of Metabolic Syndrome in COPD Patients and Its Consequences. Plos One. 2014 Jun; 9(6): 1-8
15. Liebert MA, Metabolic Syndrome an you related disorders. Jcr. 2016 sept; 14(7): 1557-8518
16. Kupeli E, Ulubay G, Ulasli SS, et al. Metabolic Syndrome is associated with increased risk of acute exacerbation of COPD: a preliminary study Endocr. 2010 aug; 38(1):76–82

17. Watz H, Waschki B, Kirsten A, et al. The Metabolic Syndrome in Patients With Chronic Bronchitis and COPD. *CHEST* 2009 oct ; 136 (4): 1039-46
18. Stanciu S, Marinescu R, Iordache M, et al. Are Systemic Inflammatory Profiles Different in Patients with COPD and Metabolic Syndrome as Compared to those with COPD Alone? *ROM. J. INTERN. MED.* 2009 aug; 47(4): 381–6
19. Sato M, Shibata Y, Abe S, et al. Retrospective Analysis of the Relationship between Decline in FEV1 and Abdominal Circumference in Male Smokers: the Takahata Study. *Int J Med Sci.* 2012 Dec 2013; 10(1): 1–7.
20. Akipinar EE, Akipinar S, Ertek S, et al. Systemic inflammation and metabolic syndrome in stable COPD patients. *Tuberk Toraks* 2012 jul; 60(3): 230-37
21. Funakoshi Y, Omori H, Mihara S, et al. Association between Airflow Obstruction and the Metabolic Syndrome or Its Components in Japanese Men. *Inter Med.* 2010 oct; 49 (19): 2093-9
22. Lam KBH, Jordan RE, Jiang CQ. Airflow obstruction and metabolic syndrome: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Eur Respir* 2009 Jul ; 35 (2) 317–23

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: REVISÃO DE LITERATURA

RIBEIRO, Flavio Antonio Sá. Docente do curso de graduação em Medicina.

XAVIER, Arthur Ferreira. Discente do curso de graduação em Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Tumor Estromal Gastrointestinal, GIST, inibidores da tirosina-quinase.

Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são os mais comuns tumores de tecidos moles do trato gastrointestinal (TGI), apresentam um grande espectro clínico, histológico e prognóstico.

Resultam mais comumente da ativação das mutações dos genes KIT e PDGFRA. Podem surgir em qualquer altura do TGI, mas estômago (60%), jejuno e íleo (30%) são os mais comuns sítios primários. Duodeno (5%), cólon e reto (5%) são sítios primários menos comuns, e apenas uma pequena quantidade de casos foram reportados no esôfago (<1%) e apêndice (<1%).¹

Pacientes com a suspeita de GIST podem se apresentar com uma grande variedade de sintomas, que podem incluir saciedade precoce, dor abdominal, hemorragia intraperitoneal, fadiga relacionada à anemia, entre muitos outros. Alguns pacientes podem apresentar um quadro de abdômen agudo (como resultado de uma rotura tumoral, obstrução intestinal, ou dor apendicite-like), o que necessita de cuidado imediato. Metástases hepáticas e/ou disseminação para o peritônio são as mais comuns manifestações clínicas de malignidade. Metástases linfáticas são extremamente raras. Metástases nos pulmões e outros órgãos extra-abdominais são apenas observados em casos mais avançados da doença.²

O diagnóstico deve ser confirmado pelo estudo imunohistoquímico, integrado no contexto clínico e morfológico. O tratamento padrão nos tumores primários localizados é a ressecção cirúrgica completa sem linfadenectomia. A estratificação de risco de recorrência é importante no uso de terapêutica adjuvante.^{3,4}

A terapêutica com os inibidores da tirosina-quinase (ITQ) está indicada nos tumores metastáticos, inoperáveis (neoadjuvante), ressecção cirúrgica completa (R1) e nos submetidos a ressecção completa, mas com prognóstico ruim (adjuvante), e o mesilato de imatinibe é o tratamento de primeira linha. A sua eficácia depende do tipo da mutação genética presente no diagnóstico. O sunitinibe e regorafenibe estão indicados no caso de intolerância ou resistência ao imatinibe.^{3,4,5}

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Realizar uma discussão ampla acerca do Tumor Estromal Gastrointestinal, com ênfase no tratamento cirúrgico e suas nuances.

Objetivo Específico

Compor uma revisão da literatura mais recente sobre a clínica, dificuldades de diagnóstico, alterações mutacionais, resistência à terapia medicamentosa, e desafios do tratamento do tumor estromal gastrointestinal.

METODOLOGIA

Foi realizada uma extensa revisão de literatura envolvendo os meios de pesquisa virtuais de maior utilização em nosso meio, como os portais Medline/Pubmed, SciELO, Lilacs e BVS. Além disso, foi utilizado também a última edição do livro clássico Hoff tratado de oncologia. Os descritores selecionados para a busca foram traduzidos para a língua inglesa, por ser este um idioma universal. Os descritores utilizados para a busca foram: (1) “gastrointestinal stromal tumor”; (2) “GIST”; (3) “tyrosine kinase inhibitors”; (4) “imatinibe”; (5) “surgical treatment in GIST”.

Foram selecionados 138 artigos a partir da busca realizada. Esses artigos serviram de base para a discussão dos mais relevantes tópicos envolvidos no TCC. As informações obtidas foram comparadas e relacionadas com as publicações mais recentes dos principais livros-texto sobre a temática e as diretrizes e guidelines publicadas internacionalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os GISTs foram durante décadas vistos como enigmáticos e imprevisíveis, sendo a abordagem cirúrgica o pilar para o seu tratamento. A falta de conhecimento acerca das células da sua origem, dificuldades em diferenciá-los de outros tumores, diagnosticá-los, prever o seu comportamento, assim como as opções de tratamento limitadas, confundiram e desorientaram a comunidade científica por muito tempo.

Recentes descobertas na sua possível célula de origem, biologia, patologia, genética, vias intracelulares que comandam a proliferação, divisão e apoptose celular, assim como terapêuticas dirigidas levaram a um despertar do interesse pelos GISTs e mudaram completamente a história natural destes tumores. Num curto espaço de tempo, passaram de uma entidade pouco conhecida e resistente aos tratamentos, a uma entidade altamente tratável, essencialmente devido a uma melhor compreensão da sua patogênese e desenvolvimento de alvos moleculares (ITQs).

Mostra-se necessário um contínuo investimento na melhor compreensão dos mecanismos moleculares subjacentes e de resistência adquirida à terapêutica destes tumores para que se definam métodos auxiliares de diagnósticos mais específicos, capazes de auxiliar na avaliação da resposta terapêutica e do prognóstico, sendo também necessário um contínuo investimento na procura de novos alvos moleculares terapêuticos.

REFERÊNCIAS

1. Nilsson B, Bumming P, Meis-Kindblom JM, Oden A, Dortok A, Gustavsson B, et al. Gastrointestinal stromal tumors: the incidence, prevalence, clinical course, and prognostication in the preimatinib mesylate era – a population-based study in western Sweden. *Cancer* 2005;103:821-9.
2. Nebuloni D, Gumz B, Costa FP. Tumor estromal do trato gastrintestinal. In: Hoff PM. *Tratado de oncologia*. São Paulo: Atheneu;2013. p.2311-2324.
3. Blay JY, Blomqvist C, Bonvalot B, Boukovinas I, Casali P, Alava E. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2012 Oct;23 Suppl 7:vii49-55.
4. Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, DeMatteo RP, Ganjoo KN, Maki RG, et al. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw* 2010 Apr;8 Suppl 2:S1-41; quiz S42-4.
5. Mehren M, Benjamin R, Bui M, Casper E, Conrad E, DeLaney T, et al. Soft Tissue Sarcoma, version 2.2012: Featured Updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2012;217:72-77.

TRATAMENTO DAS FRATURAS DE RÁDIO DISTAL: REVISÃO DE LITERATURA

*SILOS, Sandro de Santos. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro
Universitário Serra dos Órgãos.*

*MIBIELLI, Marco Antonio Naslauskyy. Docente do Curso de Graduação em Medicina no
Centro Universitário Serra dos Órgãos.*

*GOUVEIA, Bernardo Américo de Souza. Discente do Curso de Graduação em Medicina
no Centro Universitário Serra dos Órgãos.*

PALAVRAS CHAVE: rádio distal. Fixação externa. Fixação Interna. Fratura de Colles.

INTRODUÇÃO

As fraturas do terço distal do rádio são consideradas as mais frequentes do membro superior, compreendem 16% de todas as fraturas e tem como média de idade 58 anos, A distribuição de idade da fratura esta diretamente ligada a energia que ocasionou o trauma. A lesão apresenta 3 picos de distribuição em idade: o primeiro em crianças de 5 – 14 anos, o segundo em homens abaixo de 50 anos e o terceiro em mulheres acima dos 40 anos. Apesar da incidência global desta fraturas estar crescendo, destaca -se o aumento principalmente nos 2 últimos picos. Elas demonstram 2 perfis diferentes de lesões e mecanismos de trauma: a fratura por insuficiência em idosos e traumas de média e grande energia em adultos mais jovens.

No passado, foram consideradas fraturas com prognostico bom e tratamento conservador. Porem, com o aumento da incidência de acidentes de transito envolvendo motocicletas e traumas de grande energia, houve um aumento na complexidade das lesões, levando a fraturas complexas, modificando desta forma a abordagem seguida do passado.

OBJETIVOS

Geral

Estudo do comportamento, mecanismo de lesão, modalidades de tratamento e suas complicações das fraturas do rádio distal em Ortopedia.

Específico

O objetivo deste trabalho é demonstrar as diferentes modalidades de tratamento das lesões do rádio distal, associando seus resultados e complicações descritos na literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, teórica baseada no levantamento bibliográfico com base em fontes relacionadas a fratura do rádio distal e suas formas de tratamento, apresentando uma revisão abrangente da epidemiologia, classificação, mecanismo de lesão modalidades de tratamento e seus resultados.

DISCUSSÃO

As fraturas do terço distal do rádio são consideradas as mais frequentes do membro superior. A lesão apresenta 3 picos de distribuição em idade: o primeiro em crianças de 5 – 14 anos, o segundo em homens abaixo de 50 anos e o terceiro em mulheres acima dos 40 anos, dando ênfase nos 2 últimos.

Foi observado uma redução no acometimento da população juvenil, achado justificado por mudança no estilo de vida desta faixa etária⁴. Trabalhadores braçais também foram descritos como população alvo devido a acidentes de trabalho⁵. (CARVALHO et al. 2016)

Os fatores de risco para esta fratura em idosos são densidade mineral diminuída, sexo feminino, menopausa precoce, etnia e hereditariedade. O mecanismo de lesão mais incidente é a força aplicada quando o punho encontra-se em flexão dorsal e antebraço pronado, porém há fatores que influenciam diretamente na fratura, como: densidade mineral óssea, força aplicada e o tipo do movimento. (ROCKWOOD & GREEN, 2007)

Antes consideradas fraturas com prognóstico bom e tratamento conservador, atualmente estas lesões são alvo de muitas pesquisas comparativas entre seus métodos de tratamento, uma vez que são inúmeras modalidades que trazem benefícios e riscos diferentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento das lesões do rádio distal continua sendo uma questão em debate, visto que não há um consenso sobre a modalidade que deve ser utilizado para obtenção de uma melhor ADM, força e função do membro.

O uso da fixação interna e redução fechada foi efetivo na grande massa de estudos que usou como comparativo a outras formas de tratamento, porém a primeira teve resultado superior comprovado em estágios iniciais, igualando-se em no máximo 6 meses a segunda modalidade. O fato de promover uma retomada de movimentos precoce ainda faz deste ser preferência entre alguns autores.

O uso de métodos auxiliares como enxertos ósseos e o emprego da artroscopia podem e devem ser aliados caso o paciente se beneficie do mesmo. A artroscopia entra como grande aliado na avaliação de fraturas intrarticulares, em especial na avaliação da articulação radio ulnar e radioescapóidea, permitindo assim uma redução anatômica mais satisfatória.

REFERÊNCIAS

1. Rockwood, CA; Green, DP; BUCHOLZ, RW. Fraturas em adultos 7. Ed. São Paulo: Manole.
2. Hebert, Sizinio. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática. 4.ed. Herbert, Sizinio. Porto Alegre: Artmed, 2009
3. Court – Brown, CM; Caesar B. Epidemiology of adult fractures, review injury. 2006
4. Wilcke, MKT; Hammarberg Henrik; Adolphson PY. Epidemiology and changed surgical treatment methods for fractures of the distal radius. A registry analysis of 42,583 patients in Stockholm County. Sweden, 2004– 2010
5. Carvalho, MS, Zago, NM, Grecco, MAS, Fernandes, LFRM. Caracterização dos pacientes com fratura do rádio no ambulatório de mão e membro superior da cidade de Uberaba – MG. 13º Congresso Brasileiro de reabilitação da mão. Revista da Faculdade de Medicina (Ribeirão Preto) 2016; 49 (Supl. 3)
6. Moore, K L.; Dalley, AF.. Anatomia orientada para a clínica. 5. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
7. Zago, NN; Carvalho, MS; Grecco, MAS; Fernandes, LFRM. Força de preensão palmar após fratura de rádio. 13º Congresso Brasileiro de reabilitação da mão. Revista da Faculdade de Medicina (Ribeirão Preto) 2016; 49 (Supl. 3)
7. Kural C, Sungur I, Kaya I, Ugras A, Ertürk A, Cetinus E. Evaluation of the reliability of classification systems used for distal radius fractures. Orthopedics. 2010; 33:801
8. Zhou, FY; Gao, WY; Jiang, LF; Canção, YH; Chi, ZL; Yang JQ. Zhongguo Gu Shang. 2016 Jan; Vol. 29 (1), pp. 4-7]
9. Jung, HW. Hong, H. Jung, HJ. Kim, JS. Park, HY. Bae, KH. Redisplacement of Distal Radius Fracture after Initial Closed Reduction: Analysis of Prognostic Factors. 2015. Korean Orthopaedic Association.
10. Arora, R. Lutz, M. Deml, C. Krappinger ,D. Haug L, Gabl M: A prospective randomized trial comparing nonoperative treatment with volar locking plate fixation for displaced and unstable distal radial fractures in patients sixty-five years of age and older. J Bone Joint Surg Am 2011;93 (23):2146-2153.
11. Peng, B ; Wang, J ; Mao, F .Zhongguo Gu Shang ; 26 (1): 41-6, 2013 janeiro
12. Pardini Júnior, AG. Bufáical, HGF. Freitas, AD. Chaves, AB. Resultados funcionais e radiológicos a longo prazo da fixação percutânea das fraturas da extremidade distal do rádio. Rev Bras Ortop. 2012;47(1):31-6
13. Grewal, R. MacDermid, JC. The risk of adverse outcomes in extra-articular distal radius fractures is increased with malalignment in patients of all ages but mitigated in older patients. J Hand Surg Am. 2007;32(7):962-70.

14. Chung, KC. Kotsis, SV. Kim, HM. Predictors of functional outcomes after surgical treatment of distal radius fractures. *J Hand Surg Am.* 2007;32(1):76-83.
15. Nalbantoglu, U. Gereli, A • Kocaoglu, B . Turkmen, M. Percutaneous cannulated screw fixation in the treatment of distal radius fractures. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2012 132:1335–1341.
16. Araf, M. Estudo das lesões ligamentares e condrais nas fraturas articulares da extremidade distal do radio: avaliação artroscópica [Dissertação]. São Paulo. 2008
17. Machado, DG. Cerqueira, SAC. Rodarte, SSP. Netto, CASA. Mathias, MA. Análise estatística dos resultados funcionais e radiográficos após a utilização de placa volar bloqueada nas fraturas da extremidade distal do rádio. Rio de Janeiro. 2011.
18. Esposito, J. Schemitsch, HE. Saccone, M. Sternheim, A. Kuzyk, PRT. External fixation versus open reduction with plate fixation for distal radius fractures: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Injury, Int. J. Care Injured* 44 (2013) 409–416.
19. Ward CM, Kuhl TL, Adams BD. Early complications of volar plating of distal radius fractures and their relationship to surgeon experience. *Hand (N Y).* 2011 Jun;6(2):185-9.
20. Esenwein P, Sonderegger J, Gruenert J, Ellenrieder B, Tawfik J, Jakubietz M. Complications following palmar plate fixation of distal radius fractures: a review of 665 cases. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2013 Aug;133(8):1155- 62.
21. Fowler JR, Ilyas AM. Prospective evaluation of distal radius fractures treated with variable-angle volar locking plates. *J Hand Surg Am.* 2013 Nov;38(11):2198-203.
22. Tarallo L, Mugnai R, Zambianchi F, Adani R, Catani F. Volar plate fixation for the treatment of distal radius fractures: analysis of adverse events. *J Orthop Trauma.* 2013 Dec;27(12):740-5.
23. Roh YH, Lee BK, Noh JH, Oh JH, Gong HS, Baek GH. Factors delaying recovery after volar plate fixation of distal radius fractures. *J Hand Surg Am.* 2014 Aug;39(8):1465-70.
24. Wilcke MK, Abbaszadegan H, Adolphson PY. Wrist function recovers more rapidly after volar locked plating than after external fixation but the outcomes are similar after 1 year. *Acta Orthop.* 2011 Feb;82(1):76-81
25. Shukla R, Jain RK, Sharma NK, Kumar R. External fixation versus volar locking plate for displaced intraarticular distal radius fractures: a prospective randomized comparative study of the functional outcomes. *J Orthop Traumatol.* 2014 Dec;15(4):265-70.
26. Jorge-Mora AA, Cecilia-López D, Rodríguez-Vega V, Suárez-Arias L, Andrés-Esteban E, Porrás-Moreno MÁ, Resines-Erasun C. Comparison between external fixators and fixed-angle volar-locking plates in the treatment of distal radius fractures. *J Hand Microsurg.* 2012 Dec;4(2):50-4

27. Kim JK, Park SD. Outcomes after volar plate fixation of low-grade open and closed distal radius fractures are similar. *Clin Orthop Relat Res.* 2013 Jun;471(6):2030-5.
28. Kumbaraci M, Kucuk L, Karapinar L, Kurt C, Coskunol E. Retrospective comparison of external fixation versus volar locking plate in the treatment of unstable intra-articular distal radius fractures. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2014 Feb;24(2):173-8
29. Walenkamp, MM. et, al. Functional outcome in patients with unstable distal radius fractures, volar locking plate versus external fixation: a meta-analysis. *Strategies Trauma Limb Reconstr.* 2013 Aug;8(2):67-75.
30. Li-hai Z, Ya-nan W, Zhi M, Li-cheng Z, Hong-da L, Huan Y, Xiao-xie L, Pei-fu T. Volar locking plate versus external fixation for the treatment of unstable distal radial fractures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Surg Res.* 2015 Jan;193(1):324-33.
31. Clé PGV, Barbosa RI, Fonseca MCR, Barbieri CH, Mazzer N, 13º Congresso Brasileiro de reabilitação da mão. *Revista da Faculdade de Medicina (Ribeirão Preto)* 2016; 49 (Supl. 3)
32. Tan V, Bratchenko W, Nourbakhsh A, Capo J: Comparative analysis of intramedullary nail fixation versus casting for treatment of distal radius fractures. *J Hand Surg Am* 2012;37(3):460-468 e461.

EFICÁCIA DO METILFENIDATO NO TRATAMENTO DE TDAH

Bráulio José Cerqueira Felizola - Trabalho de Conclusão de Curso, requisito para obtenção de grau em medicina no Centro Universitário Serra dos órgãos – UNIFESO - 2016

PALAVRAS CHAVES: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Psicoterapias aplicadas ao TDAH, Tratamento farmacológico usado no TDAH, Metilfenidato.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH acomete crianças e adolescentes, perdurando na maioria dos casos pela idade adulta. Os sintomas centrais são a Hiperatividade, desatenção e impulsividade e costumam aparecer nos primeiros anos de vida. O diagnóstico consiste em critérios clínicos uma vez que não existe exame específico para tal, sendo realizado por profissionais especialistas. O tratamento farmacológico demonstra eficácia no tratamento do TDAH, no Brasil o fármaco utilizado é o Metilfenidato, contudo o uso de psicoestimulantes têm sido muito questionados devido aos efeitos adversos advindos do seu uso contínuo.

Conforme Gusmão (2009)² atualmente, a maioria das crianças diagnosticadas com TDAH, são indicadas a tratamentos medicamentosos, e o fármaco mais utilizado têm sido o Metilfenidato (comercialmente conhecido no Brasil como Ritalina), um psicoestimulante que ajuda a minimizar os sintomas do TDAH.

Embora exista psicoterapias como alternativa, Silva (2009)³ menciona que em alguns casos torna-se inevitável o uso de psicofármacos para este transtorno, porém existem casos em que pacientes são intolerantes ao uso de psicoestimulantes como pontua Cordioli (2008)⁴.

Com base neste pensamento torna-se necessário uma reflexão acerca das terapias alternativas que possam minimizar os sintomas do TDAH. O TDAH acomete 5% da população mundial⁵, segundo dados de 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualmente existem sete bilhões de habitantes no planeta, o que significa que 35 milhões de pessoas sofrem deste transtorno, trazendo-nos um dado significativo e passível de estudo.

Considerando que a indicação de terapia farmacológica para o TDAH pode encontrar resistência por parte dos pais e que, falar sobre uma terapêutica medicamentosa sempre causa polêmica, principalmente se a medicação tem função de alterar de alguma maneira a função cerebral, objetiva-se a necessidade de levantamentos no que diz respeito aos benefícios da psicoterapia no caso de Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Evidenciou-se quanto ao uso de fármacos que em 80% dos casos pode ajudar a pessoa a concentrar-se melhor, a reduzir sua ansiedade, irritabilidade, oscilações de humor e a controlar seus impulsos.

Quando se pensa nas causas ou origem das dificuldades de um TDAH, incluindo não só a baixa auto-estima, como também problemas práticos, como desorganização, não se pode jamais esquecer que a origem é biológica.

OBJETIVOS

Geral

Pesquisar as estratégias de intervenção farmacológica e eficácia assim como meios alternativos de tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Específicos

(1) estudar as alternativas de tratamentos utilizados no TDAH, a eficácia do Metilfenidato; (2) Averiguar através da literatura científica atual se a psicoterapia oferece meios de melhorar a sintomatologia do TDAH a ponto de associar ou diminuir o uso de psicofármacos; (3) descrever os efeitos colaterais e adversos do Psicofármaco Metilfenidato, em sua única forma comercializada no Brasil com o nome de Ritalina.

METODOLOGIA

A pesquisa viabiliza descrever a eficácia do metilfenidato no tratamento de TDAH, assim como alternativas psicoterápicas. Foi feito levantamento bibliográfico, e abordagem em sites referente ao assunto. A busca se deu através dos unitermos “TDAH”, “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” e “Tratamento farmacológico e alternativo no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Foram considerados os artigos de todas as áreas do conhecimento, em português e que compreendessem estudos circunscritos ao tema considerando a faixa etária infanto-juvenil e adultos. As fontes foram analisadas por meio do método de Análise de Conteúdo, pesquisa de caráter qualitativo sobre as regras de Vancouver. Em relação à **estratégia de tratamento e análise**, para a concretização dos objetivos propostos realizou-se uma pesquisa bibliográfica, nas seguintes etapas: 1. Pesquisa conceitual da TDAH (com hipóteses etiológicas, sintomatologias, aspectos sociais e psicológicos, diagnóstico e tratamento) e estudo do fármaco mais utilizado no tratamento do TDAH, o metilfenidato. 2. Análise das terapias alternativas (psicoterapias). 3. Estratégias de intervenções alternativas e/ou associativas no tratamento do TDAH. A pesquisa se realizou com a descrição dos diversos autores sobre o tema, bem como com a confrontação de ideias entre os mesmos.

ANDAMENTO DA ANÁLISE DO MATERIAL E RESULTADOS

Para o desenvolver da pesquisa bibliográfica, foram realizadas consultas na literatura atual com autores especialistas no assunto como Silva (2009)¹ autora que traz questões acerca do transtorno, Cordioli⁷ que explanam as psicoterapias, dentre outros, bem como artigos científicos, periódicos, revistas e sites oficiais como o Scielo e o Medline, que puderam fornecer informações acerca do tema. Foram utilizados para pesquisa em fonte de dados científicos da internet as seguintes palavras chaves: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, psicoterapias, eficácia medicamentosa no TDAH, Metilfenidato-Ritalina. Diante de tais perspectivas o objetivo geral desta pesquisa foi o de estudar a eficácia da terapêutica medicamentosa, apontar o programa de prognóstico e as sequelas do TDAH no adulto, as estratégias de intervenção de psicoterapias com objetivo de avaliar, tais métodos e técnicas eficazes que atuem sobre os sintomas do transtorno, bem como descrever os efeitos do Metilfenidato e o uso de fármacos, mostrando que o uso destes muitas vezes pode ser prejudicial a médio e longo prazo. Porém o uso vem demonstrando uma redução

progressiva dos sintomas do TDAH ao longo das seis semanas de tratamento, sendo os resultados semelhantes tanto para sintomas de desatenção como para sintomas de hiperatividade e impulsividade que compreende não só na idade adulta, quanto na fase infanto-juvenil.

Embora a terapia farmacológica seja tão favorável, alguns pais têm receio em administrar tais medicações, “com medo que o filho desenvolva dependência”, ou por que querem tentar uma outra possibilidade que não a medicamentosa. A psicoterapia comportamental cognitiva vem de encontro com esta expectativa. É necessário que a psicoterapia, para casos de TDAH, seja diretiva, objetiva, estruturada e orientada a metas.

Todas as formas de terapia compartilham alguns objetivos - melhorar a qualidade de vida do cliente, obter mais satisfação com relacionamentos, com trabalho e consigo mesmo. A terapia de integração sensorial, a psicoterapia, o tratamento psicopedagógico e, quando possível, a terapia cognitivo-comportamental, também é utilizada ou associada à medicação. Observa-se, entretanto que, a interação ciência-arte se fortalece a cada dia, principalmente ao se buscar de alternativas para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A partir de referenciais bibliográficos podemos identificar aspectos como a utilização da Terapia Comportamental Cognitiva e a obtenção de melhorias através desta abordagem psicoterápica.

Concluindo através disso que, o uso de medicamentos no Déficit de Atenção deve ser visto como uma ferramenta a mais na busca de uma melhor qualidade de vida, mas que a terapia comportamental cognitiva pode proporcionar excelente resultados desde que aplicada de forma assertiva⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção bibliográfica sobre TDAH encontrada que formou o banco de dados dessa pesquisa é oriunda de diversas áreas do conhecimento, englobando uma equipe multiprofissional, como: neurologia, psiquiatria, psicologia, pediatria, neuropsiquiatria, saúde coletiva, psicopedagogos e até professores.

Outro fator que apareceu com grande representatividade no material encontrado é a discussão acerca das comorbidades envolvidas com o TDAH. Essas comorbidades estariam também relacionadas às dificuldades no diagnóstico.

A abordagem medicamentosa do fármaco Metilfenidato vem se destacando pela sua eficácia no tratamento do TDAH e as psicoterapias também tem se posicionado em uma proporção importante, principalmente quando em associação com o fármaco Metilfenidato na faixa etária infanto juvenil e também na fase adulta.

Embora diversos estudos tenham enaltecido os efeitos benéficos que as medicações proporcionam aos portadores de TDAH, é discutido em alguns artigos da base de dados a hipermedicalização das crianças, sugerindo uma tentativa de controle de características inerentes à infância e à adolescência, com objetivo de que o adulto não venha a sofrer as consequências e sintomas inoportunos do TDAH, otimizando a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, A. B. B. Mentas inquietas: TDAH Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
2. GUSMÃO, M. M. G. Comportamento Infantil Conhecido Como Hiperatividade: Consequência do mundo contemporâneo ou TDAH. Dissertação (Mestre em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação -Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
3. SAFFI, F.; SAVOIA, M.; NETO, F. L. Terapia Comportamental e Cognitiva Comportamental. In.: CORDIOLI, A. V. (cols.). Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed, 2008.
4. CORDIOLI, A. V. Psicoterapias: Abordagens atuais. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
5. LOPES, R. As raízes do transtorno. Psiquê ciência e vida, São Paulo, v. 5, n. 53, maio. 2010.
6. SILVA, J. L.; SILVA, M. S; MAINARDES, S. Benefícios Da Psicoterapia No Tratamento Do TDAH, Disponível em:<
http://www.cesumar.br/curtas/psicologia2008/trabalhos/beneficios_da_psicoterapia_no_tratamento_do_tdah;2013.
7. CORDIOLI, A. V. Psicoterapias: Abordagens atuais. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA O MIELOMA MÚLTIPLO

MORGADO, Flávio. Docente do curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos. BAVARESCO, Bruna C. Discente do curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVE: Mieloma múltiplo, lenalidomida, bortezomibe, pomalidomida, carfilzomibe.

INTRODUÇÃO

O mieloma múltiplo, também conhecido como Doença de Kahler, pode ser definido como uma neoplasia hematológica maligna da linhagem linfoplasmocitária, na qual há uma produção de um clone anormal de plasmócitos na medula óssea, levando a produção de uma imunoglobulina monoclonal e consequentes disfunções orgânicas.

Os indivíduos mais acometidos são homens, na faixa etária entre a sexta e a sétima décadas de vida. Além disso, a patologia é mais prevalente em países desenvolvidos e mais frequente em indivíduos negros do que em caucasianos. No entanto, a resposta ao tratamento é semelhante em todo o mundo.

Apesar de ainda ser uma doença incurável, a implantação de novas medidas terapêuticas nos últimos anos têm mudado seu curso, prolongando a sobrevida e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Apesar dos avanços, o tratamento ainda é limitado e paliativo, com uma taxa de sobrevida de 35-37% em doentes recém-diagnosticados.

O presente trabalho visou abordar novas drogas utilizadas no tratamento, com foco nos imunomoduladores recentes, entre eles os que já estão disponíveis no mercado (seja em âmbito nacional, ou mundial) e os que estão em fase de estudo, como os derivados da talidomida, inibidores de proteossoma, e inibidores da histona desacetilase.

OBJETIVOS

Geral

O principal foco desta revisão foi avaliar a melhora na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes em uso das drogas ainda em fase de estudo (pomalidomida, carfilzomibe e panobinostat) e das drogas já presentes na indústria farmacêutica (lenalidomida e bortezomibe).

Específico

Levou-se em conta o índice de remissão, a taxa de recidiva, os efeitos adversos e o tempo de uso dos medicamentos. Com base nesses dados, foi feita uma relação com a terapêutica atual, nos diferentes momentos da doença (terapia pré-transplante, pacientes não candidatos ao transplante, recidiva e manutenção pós transplante).

JUSTIFICATIVA

O mieloma múltiplo é a neoplasia hematológica mais incidente, sendo responsável por cerca de 10% desses casos. Está relacionada com cerca de 2% de todas as mortes associadas ao câncer. É causa importante de morbidade nos pacientes, sendo a doença hematológica mais associada à insuficiência renal e a principal causa de síndrome de Fanconi em adultos.

É uma doença que acarreta grande impacto socioeconômico por afastar boa parte dos indivíduos com esse diagnóstico do trabalho, e gerar despesas médicas elevadas em virtude de um diagnóstico que geralmente ocorre de forma tardia, quando já existe acometimento importante de órgãos-alvo.

ANÁLISE

Atualmente, os conhecimentos a cerca da fisiopatologia da doença são maiores evolutivamente, fazendo com que o uso das drogas seja realizado de melhor maneira. Segundo a *International foundation of myeloma*, existem quatro metas para a terapia:

1. A “estabilização”: Visa neutralizar as alterações com risco de vida na bioquímica corporal e no sistema imunológico;
2. A “palição”: Tem como objetivo aliviar o desconforto e aumentar a capacidade funcional do pacientes;
3. A “indução à remissão”: Melhora os sintomas, retarda ou paralisa o curso da doença;
4. A “cura funcional”: Considerada a remissão completa por mais de quatro anos.

Todo paciente com idade menor que 65 anos deve ser encaminhado ao transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas após um tratamento inicial bem sucedido, visando à consolidação da resposta terapêutica. O transplante autólogo aumenta a sobrevida nesses casos. Terapia de manutenção em longo prazo com talidomida ou lenalidomida após o transplante é outra medida que parece prolongar ainda mais a sobrevida, porém, existem controvérsias se seu uso aumentaria a chance de surgir neoplasias secundárias não relacionadas ao mieloma.

Nos dias de hoje, a abordagem mínima consiste na combinação de um agente imunomodulador (talidomida de primeira geração e lenalidomida de segunda geração), associado a glicocorticoides em doses moderadas a altas. Costuma-se, ainda, acrescentar uma terceira droga inibidora de proteossoma (bortezomibe), que tem como mecanismo de ação principal a indução de apoptose.

Os pacientes que não podem realizar o transplante são aqueles que apresentam mais de 65 anos e um grau de comorbidades acentuado que impedem o uso de terapias com altas doses, seguida de TACH. As estratégias terapêuticas iniciais não diferem muito daquelas utilizadas nos pacientes eleitos, entretanto, nestes pacientes deve-se ser cauteloso no que se refere aos efeitos colaterais provocados pelo tratamento. Além disso, como nesses casos não há TACH, após os ciclos iniciais de tratamento (indução), inicia-se o tratamento de manutenção. Nos pacientes de risco standard, pode ser iniciada a terapia Rd em doses baixas, que se for bem tolerada, pode ser continuada por até um ano e reduzindo progressivamente as dosagens e até que, posteriormente, possa ser retirada a dexametasona.

Além desse esquema, também é proposta a terapia melfalano-prednisona-talidomida (MPT), este esquema, segundo os novos estudos, mostrou-se superior à combinação melfalano-prednisona, garantindo melhores respostas ao tratamento e consequentemente, maiores taxas de sobrevida geral. No entanto deve-se atentar para possíveis eventos tromboembólicos e neuropatia periférica, que podem ser controlados pela redução da dosagem de talidomida e associação da tromboprolifaxia.

O Tratamento de Manutenção consiste na administração de novos fármacos após o transplante ou ainda, após a terapia de indução para aqueles pacientes que não podem realizar o TACH. Geralmente são usadas drogas como a talidomida, lenalidomida ou bortezomibe, os quais aumentam a taxa de remissão completa.

O Tratamento de suporte é necessário tanto para melhorar as manifestações clínicas do mieloma múltiplo, como para a redução dos efeitos colaterais provenientes da terapia. Sendo assim devem ser administrados junto ao tratamento “antitumoral”, bifosfonatos para todos os doentes que vão receber o tratamento, principalmente aqueles que apresentam lesões ósseas. Em casos de anemia, pode-se administrar eritropoietina e também folato, sulfato ferroso e vitamina B12. Para a prevenção de eventos tromboembólicos, pode-se lançar mão ácido acetilsalicílico e em alguns casos Heparina de baixo peso molecular. No caso do tratamento da insuficiência renal, deve-se corrigir a desidratação, a hipercalcemia, evitar fármacos e drogas nefrotóxicas e alcançar a remissão o mais rápido possível. A hipercalcemia pode ser corrigida com hidratação, corticosteroides e um agente anti-reabsorção óssea, como os bifosfonatos intravenosos. No caso das infecções, principal causa de aumento na morbidade do MM, devem ser usados antibióticos (no caso de infecções ativas) e imunoglobulinas venosas (casos de infecções recorrentes e graves), visto que a resposta à vacinação nesses casos não é muito efetiva⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos o tratamento vem sofrendo constantes modificações visando à maior taxa de sobrevida de qualidade de vida dos pacientes. Dentre as estratégias terapêuticas podemos contar com corticoides, imunodepressores e inibidores de proteossomas, além do transplante autólogo de células hematopoiéticas.

O tratamento atual é direcionado pela indicação ou não de transplante, juntamente com o escore de risco que direciona os melhores esquemas terapêuticos iniciais. Além disso,

o tratamento também conta com medicamentos de manutenção para evitar as recidivas e tratamento de suporte para amenizar as manifestações clínicas, bem como os efeitos colaterais de algumas medicações.

REFERÊNCIAS

Witt C, Borges AC, Klein K, Neumann HJ. Radiographic manifestations of multiple myeloma in the mandible: a retrospective study of 77 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;55:450-3.

Regezzi JA, Sciubba JJ. *Patologia bucal. Correlações clínico patológicas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000

Anderson K, Kyle AR, Berenson J. Multiple Myeloma. Education Program: The American Society of Hematology Meeting, 1997:177-188.

Siegel D, Martin T, Nooka A, Harvey DR, Vij R, Niesvizky R, et al. Integrated Safety Profile Of Single-Agent Carfilzomib: Experience From 526 Patients Enrolled In 4 Phase II Clinical Studies. *Haematologica* November 2013 98: 1753-1761.

Moreau P, Attal M, Facon T. Frontline therapy of multiple myeloma. *Blood* 2015; 125(20): 3076-3084.

Larocca A, Cavallo F, Bringhen S, Di Raimondo F, Falanga A, Evangelista A, et al. Aspirin or enoxaparin thromboprophylaxis for patients with newly diagnosed multiple myeloma treated with lenalidomide. *Blood.* 2012 Jan 26;119(4):933–9; quiz 1093.

Benboubker L, Dimopoulos MA, Dispenzieri A, Catalano J, Belch AR, Cavo M, et al. Lenalidomide and Dexamethasone in Transplant-Ineligible Patients with Myeloma. *N Engl J Med.* 2014 Sep 4;371(10):906–17.

Berenson JR, Lichtenstein A, Porter L, Dimopoulos MA, Bordoni R, George S, et al. Long-term pamidronate treatment of advanced multiple myeloma patients reduces skeletal events. Myeloma Aredia Study Group. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1998 Feb;16(2):593–602.

ECLAMPSIA: ALGUMA NOVIDADE ESTÁ ACONTECENDO?

VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

MATIAS, Caio Sulino. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia é uma condição específica da gravidez que se refere ao aparecimento de hipertensão e proteinúria após vinte semanas de gestação em mulheres previamente normotensas. Sua incidência está em torno de 5% de todas as gestações, e o aparecimento de complicações está diretamente relacionado com o desenvolvimento de cada país. A hipertensão pode provocar diversos efeitos deletérios ao organismo, principalmente nos sistemas vascular, hepático, renal e o cerebral. Essas complicações explicam a alta incidência de mortalidade e morbidade fetal e materna, o que faz da pré-eclâmpsia um grande problema de saúde pública no mundo ⁽¹⁾.

Caracteriza-se o quadro de pré-eclâmpsia a pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg, e proteinúria de 300 mg ou mais na urina de 24 horas, e que ocorre acima de 20 semanas de gestação. Vale ressaltar que existem diversos fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma gestante apresentar esse quadro ⁽¹⁾.

O diagnóstico diferencial é particularmente difícil para doenças como a púrpura trombocitopênica trombótica, síndrome hemolítica-urêmica e fígado gorduroso da gravidez. Importante, portanto, a determinação dos fatores de risco, o real conhecimento da fisiopatologia da pré-eclâmpsia, além da constante procura do diagnóstico precoce e da atuação no momento preciso, evitando assim o agravamento na direção da síndrome HELLP e da eclâmpsia ⁽²⁾.

Devido à grande implicação da pré-eclâmpsia na saúde pública, por ser uma doença muito comum em todo mundo e por apresentar alta taxa de mortalidade materna e perinatal, é importante fazer um estudo em gestantes na cidade de Teresópolis, com base nesses fatores de risco apresentados, abrindo a possibilidade de implementação de uma medida preventiva e um diagnóstico precoce dessa patologia que é de grande importância.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Fazer uma revisão em artigos durante o ano de 2016 sobre a eclâmpsia na literatura disponível nos principais mecanismos de busca.

Objetivo Secundário

Apresentar um conjunto de instruções para as pacientes entenderem o que é a eclâmpsia e como procurar ajuda assim que possível

Objetivo Acadêmico

Apresentar requisito para obtenção do grau de médico pela Faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

JUSTIFICATIVA

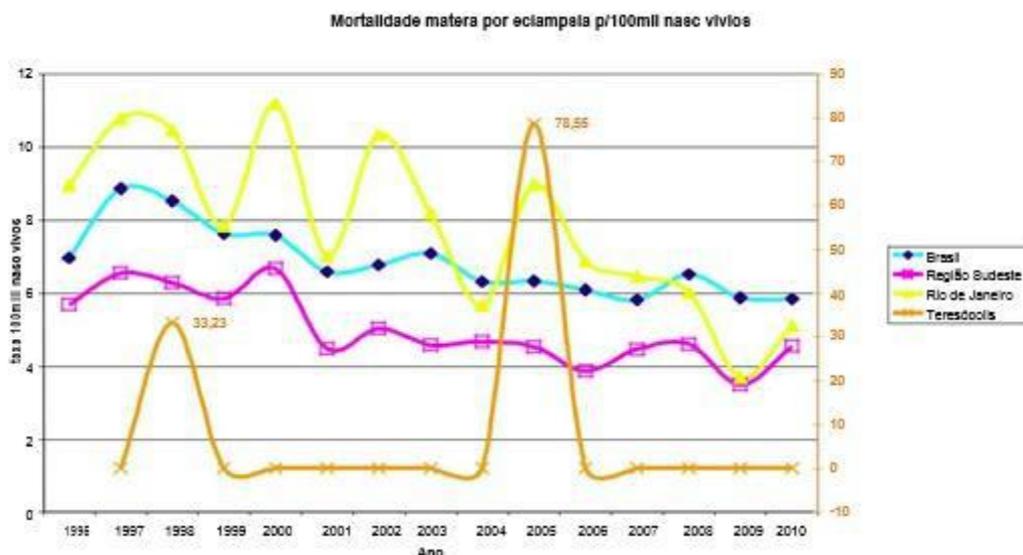
A maior justificativa para este trabalho está nos números gritantes de mortalidade materna em nosso país (70 / 100 000 nascidos vivos). Os números recentes do DATASUS mostram que estas cifras são crescentes. Eles nos colocam em condições inferiores a vários países da América Latina, restando na sua maioria os países africanos como “campeões” neste índice fundamental em Saúde Pública.

As síndromes hipertensivas, e principalmente a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, são a maior causa desta mortalidade. Acredita-se que cerca de 40% destas mortes sejam responsabilizadas por esta manifestação clínica que acomete a gestação. Existe ainda a possibilidade de registros errôneos, onde a causa morte assinalada seja uma consequência direta de uma pré-eclâmpsia (Ex. hemorragia de uma síndrome HELLP)

Como acreditamos que estas taxas podem ser revertidas com atitudes localizadas no início do Sistema Único de Saúde, o município, propomos com esta pesquisa, reconhecer em Teresópolis, qual o perfil de risco das mulheres que são acometidas pela pré-eclâmpsia.

Os dados disponíveis no DATASUS (**Tabela 1**), mostram que taxas de mortalidade materna direta são elevadas, mas o percentual de casos de pré-eclâmpsia notificados no município é muito baixo. Acreditamos que exista uma subnotificação importante que precisa ser corrigida.

Tabela 1 – Dados relacionados com mortalidade materna e incidência de pré-eclâmpsia na cidade de Teresópolis (fonte DATASUS, 2011)



METODOLOGIA

Este trabalho procurou nos principais mecanismos de busca da literatura nacional e internacional, como LILACS, MEDLINE, PubMed, uma atualização sobre a principal complicação de uma síndrome hipertensiva.

Os principais descritores foram eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave, síndrome hipertensiva na gestação, morte materna.

No capítulo conclusão, o autor apresenta um conjunto de orientações para que as pacientes saibam como se conduzir na presença de uma crise convulsiva.

DISCUSSÃO

Muitos médicos negam o tratamento em mulheres assintomáticas com pré-eclâmpsia até que a pressão arterial diastólica (PAD) atinja níveis > 105 a 110mmHg ou a pressão arterial sistólica (PAS) atinja níveis > 160mmHg, um nível em que o risco de hemorragia cerebral se torna expressivo. No entanto, nós sentimos que talvez esses níveis tensionais sejam muito altos e que o tratamento possa ser instituído mais precocemente sem riscos maternos e fetais.

Muitos estudos têm sido realizados a fim de verificar o efeito deste tratamento, mesmo assim, os resultados obtidos são insuficientes para se ter um limiar pressórico ótimo para início de tratamento anti-hipertensivo nos casos leves a moderados. ⁽³⁾

A terapia anti-hipertensiva na hipertensão leve diminuiu significativamente a incidência de hipertensão severa em 50 a 65% e reduziu a necessidade de adição de mais uma droga anti-hipertensiva quase em 65%;

A terapia anti-hipertensiva na hipertensão leve não afetou a mortalidade perinatal ou a frequência de prematuridade, pré-eclâmpsia, nascimento de pequeno para idade gestacional ou placenta previa ⁽⁴⁾.

Baseado nos estudos disponíveis, nós sugerimos evitar o tratamento de mulheres grávidas com hipertensão leve e nenhuma evidência de dano em órgão alvo, especialmente no primeiro trimestre, pois a pressão arterial pode diminuir com o evoluir da gestação. Em mulheres que já estão em terapia anti-hipertensiva, que antes do início da gestação possuía pressão arterial menor que 120/80 mmHg, nós consideraríamos a diminuição da dose medicamentosa ou suspender o tratamento anti-hipertensivo e acompanhar de perto a resposta da pressão arterial.

O melhor tratamento para a eclampsia continua sendo o sulfato de magnésio nos esquemas tradicionais propostos pela literatura nacional e internacional. Lembrar que esta droga é mandatória na gestação e no puerpério.

Uma novidade que tem sido comunicada este ano de 2016, é o uso do ácido tranexâmico em pacientes com eclampsia. O ácido tranexâmico é um medicamento com ação antifibrinolítica, capaz de diminuir a ativação de uma proteína chamada plasmina. A plasmina é responsável por estimular a formação de uma resposta inflamatória no tecido da pele contra a presença da melanina, resultando no desenvolvimento das manchas características do melasma. Idialisoa et al ⁽⁷⁾ fizeram esta comunicação e iniciaram um ensaio clínico de prova.

CONCLUSÕES

A eclampsia continua sendo temida como a maior causa de morte materna no país.

O sulfato de magnésio é o melhor tratamento e preventivo para a eclâmpsia.

Uma nova corrente merece ser considerada: será que são necessárias 24 horas pós-parto de sulfato? Será que um tempo menor seria suficiente para a manutenção?

A comunidade científica continua tentando outras drogas para substituir o sulfato, mas sem sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Chaves Netto H, Sá R A M. Obstetrícia básica. Atheneu, Rio de Janeiro, 2ª Ed. 2007
- 2) Peraçoli J C, Parpinelli M A. Síndrome hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Rev. Bras Ginecol Obstet. 27(10):627-34,2005
- 3) Brown, Measuring blood pressure in pregnant women: a comparison of direct and indirect methods, 1994 . *Am J Obstet Gynecol* 1994 Sep;171(3):661-7.
- 4) Phyllis A, Management of hypertension in pregnant and postpartum women, 2012.
- 5) Danmusa S, Coeytaux F, Potts J et al. Scale-up of magnesium sulfate for treatment of pre-eclampsia and eclampsia in Nigeria. *Int J Gynaecol. Obst.*2016;134(3):233-6.
- 6) Joseph AA, Shebak SS, Greenage MP. Postpartum eclampsia associated with changes of mood symptoms. *Prim Care Companion Disord.*2016;18(2).
- 7) Idialisoa R, Jouffroy R, Philippe P et al. Beware of using trnexamamic acid in parturientes with eclampsia. *Anaesth Crit care Pain Med.*2016;35(3):231-2.

GESTAÇÃO ECTÓPICA: COMO EVITAR A CIRURGIA NO TRATAMENTO DEFINITIVO

VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral. Docente do Curso de Graduação em Medicina; SOUZA, Camila Barbosa de. Discente do Curso de Graduação em Medicina

PALAVRAS CHAVES: gravidez ectópica, metotrexato, cirurgia.

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica pode ser definida como a implantação gestacional em local diferente da cavidade uterina (1). Possibilidades de implantação no colo do útero, ovário, cavidade abdominal, entre outros menos comuns.

A gravidez ectópica é a principal causa de morte no primeiro trimestre da gestação em países desenvolvidos. Já nas nações em desenvolvimento perde para o abortamento infectado. Mesmo assim, naqueles países a mortalidade é baixa, pois conta com atendimentos emergenciais com presteza. Nos Estados Unidos é de 3,8 / 10 000 gestações, e no reino Unido é de 3 / 10 000. O exemplo dos países pobres é Camarões com 100 a 300 óbitos / 10 000 gestações (2; 3). Infelizmente, no Brasil não existe estatísticas fidedignas.

Os principais fatores de risco são: tabagismo, uso de drogas, idade mais avançada, histórico de aborto espontâneo, infertilidade, fertilização in vitro e infecções pélvicas(1).

Clinicamente sempre que um médico estiver diante de um paciente em amenorréia, discreto sangramento vaginal, com ou sem dor abdominal, associados a fatores de risco para ectópica. É necessário partir para uma cuidadosa elucidação médica (2).

O diagnóstico precoce é fundamental nesta complicação da gestação e, está baseada em dois exames que juntos aumentam em muito a eficácia: a dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico associada a ultrassonografia transvaginal, levam a uma especificidade de 95% e sensibilidade de 97% (4).

O tratamento, na presença de hemorragia consequente da rotura da gestação, qualquer que seja sua localização, não permite contemplação: a cirurgia (laparotomia e/ou laparoscopia) está indicada (2;3).

Mas existe a possibilidade do tratamento conservador sempre que a rotura não acontecer, o diagnóstico for precoce e a abordagem rápida (1). Com essa alternativa, é possível reduzir o custo, ocorrer menos invasão e principalmente, conservar o local onde estiver implantada a gestação. A Tabela 1 resume estes critérios para o uso do metotrexato (MTX): (2; 5).

TABELA 1 – Indicações absolutas e relativas para o uso do MTX na gestação ectópica

Indicações absolutas

Estabilidade hemodinâmica
Diagnóstico não laparoscópico
Desejo de permanecer fértil
Alto risco para anestesia geral
Apta a seguimento necessário
Ausência de contraindicações ao MTX

Indicações relativas

Massa anexial íntegra

Ausência de atividade cardíaca fetal
Níveis de beta-gonadotrofina < 15 000 UI/L

O MTX é um antagonista do ácido fólico, que é reduzido a tetrahidrofolato pela enzima dihidrofolato-redutase, passo importante na síntese do DNA e do RNA. O MTX inibe esta fase causando uma depleção na síntese dos ácidos nucleicos (6).

A preferência é pela via intramuscular que tem a mesma efetividade que a via local, e deve ser precedida por análises pelo hemograma, enzimas hepáticas, função renal. A preferência atualmente é pela dose única de 50mg/m², que segundo Klauser et al (2005) (7) a taxa de sucesso é de 90%, e para Alleyassin et al (2006) (8) foi de 89%.

Esta questão foi ratificada pela metanálise de Banhart et al (9) que em 2003, analisaram 23 artigos criteriosamente selecionados, e concluiu que a taxa de “não necessidade” de cirurgia subsequente com doses múltiplas foi menor que na dose única. A Tabela 2 descreve as principais contraindicações para o uso do MTX (2).

TABELA 2 – Contraindicações absolutas e relativas para o uso do MTX na gestação ectópica

Contraindicações absolutas

Gravidez intrauterina
Evidencia de imunodeficiência
Anemia grave, leucopenia ou trombocitopenia
Doença pulmonar em atividade
Úlcera péptica em atividade
Disfunção hepática
Disfunção renal importante

Indicações relativas

Atividade cardíaca ao ultrassom

Valores de beta-HGC > 5000 UI/L
Massa anexial maior que 4 cm
Inapta ao seguimento

OBJETIVOS

Geral

Realizar uma revisão sobre a utilização do metotrexate no tratamento clínico e conservador da gestação ectópica.

Específico

Propor um protocolo de utilização do metotrexate para o uso na maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada a partir da busca de dados nas principais fontes que discutem o assunto: PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane, Lilacs. Foram escolhidos artigos da última década, e como descritores foram incluídos: gestação ectópica, methotrexate, hemorragia de primeiro trimestre, hemorragia na gestação. Um critério para seleção dos artigos foi observar quais falavam sobre conduta e terapêutica com doses de metotrexate e indicações cirúrgicas.

DESENVOLVIMENTO

Uma das questões mais importantes na opção pelo tratamento conservador da gestação ectópica é a preservação da fertilidade. Dalkalitsis et al (2006) (10) detectaram um índice de 84%, em média após 9 meses da ectópica, de índice de fertilidade mantido. Outros

autores repetiram os resultados, e todos são unânimes em afirmar que estes resultados não é dose dependente.

Outro fator que deve ser levado em consideração, principalmente em nosso país, é o custo. O tratamento clínico custa menos da metade que o tratamento cirúrgico ao sistema de saúde do país (11).

A literatura nacional começou a apresentar que o diagnóstico não invasivo da gravidez ectópica deve ser realizado precocemente, antes de ocorrer a ruptura tubária, combinando a ultrassonografia transvaginal com a dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico.

A laparotomia está indicada nos casos de instabilidade hemodinâmica. A laparoscopia via preferencial para o tratamento da gravidez tubária. A salpingectomia deve ser realizada nas pacientes com prole constituída. A salpingostomia é indicada nas pacientes com desejo reprodutivo, quando os títulos da HGC forem inferiores a 5000 mUI/mL e as condições cirúrgicas forem favoráveis. O tratamento com metotrexato (MTX) é uma conduta consagrada, podendo ser indicado como primeira opção de tratamento. Os principais critérios para indicação do MTX são estabilidade hemodinâmica, hCG <5.000 mUI/mL, massa anexial <3,5 cm e ausência de embrião vivo (12).

A dose única 50mg/m² intramuscular é a preferencial por ser mais fácil, mais prática e com menores efeitos colaterais. O protocolo com múltiplas doses deve ficar restrito para os casos de localização atípica (intersticial, cervical, cicatriz de cesárea e ovariana) com valores de HGC > 5.000 mUI/mL e ausência de embrião vivo. A indicação do tratamento local com injeção de MTX (1 mg/kg) guiada por ultra-sonografia transvaginal é na presença de embrião vivo nos casos de localização atípica.

A conduta expectante deve ser indicada nos casos de declínio dos títulos da HGC em 48 horas antes do tratamento e quando os títulos iniciais são inferiores a 1.500 mUI/mL. Em relação ao futuro reprodutivo, existem controvérsias entre a salpingectomia e a salpingostomia. Até obter-se um consenso na literatura, orienta-se às pacientes desejosas de uma futura gestação a optar pelas condutas conservadoras, tanto cirúrgicas como clínicas (12).

Nem só de ectópica tubárea vivem os obstetras. As demais formas, apesar de muito mais raras, tem quadros clínicos mais graves.

CONCLUSÃO

A opção pelo tratamento clínico deve sempre estar no pensamento do obstetra. Conservar íntegro o local onde se instalou a gestação é muito importante para a fertilidade da paciente. A dose única considerando a superfície de área corporal é fundamental para o sucesso terapêutico. Um controle rigoroso de função renal, hepática e coagulação é indispensável. O acompanhamento da paciente pela curva de queda da beta gonadotrofina coriônica é de extrema importância. Deve-se obedecer aos critérios para o uso do metotrexate, sendo eles o tamanho do saco gestacional e sua integridade. A literatura não se posiciona quanto a real necessidade de não mais haver batimentos cardíacos fetais para o uso do metotrexate. Nossa opinião é que trata-se de parâmetro inexpressivo.

REFERÊNCIAS

1. Brito MB, Silva JCR, Barbosa HF et al. Tratamento clínico da gravidez ectópica com metotrexato. FEMINA.2009;37(1): 29-34.
2. Brito MB, Silva JCR, Barbosa HF et al. Tratamento clínico da gravidez ectópica com metotrexato. FEMINA.2009;37(1):30-34.
3. RCOG. Why mothers die 1997-1999: the fifth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. RCOG Press 2001.
4. Faquhar CM. Ectopic pregnancy. Lancet.2005;366(9485):305-12.
5. Practice Committee the American Society for Reproductive Medicine: medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril.2006;82(4):583-91.
6. Barnhat K, Coutiganis C, Esposito M. The pharmacology methotrexate. Expert Opin Pharmacol.2001;2(3):409-17.
7. Klauser CK, May WL, Johnson VK et al. Methotrexate for ectopic pregnancy: a randomised “ single dose “ compared with “ multidose “ trial. Obstet Gynecol.2005;105(Suppl):64S.
8. Alleyassin A, Khademi A, Aghahosseini et al. Comparison of success rates in the medical management of ectopic pregnancy with single-dose and multiple-dose administration of methotrexate: a prospective randomized clinical trial. Fertil Steril.2006;85(6):1661-2.
9. Banhart KT, Gosman G, Ashby R et al. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing “ single dose “ with Multidose regimens. Obstet Gynecol.2003;101(4):778-84. In the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update.2008;14(4):309-19.
10. Dalkalitsis N, Stefos T, Kaponis A et al. Reproductive outcome in patients treated by oral methotrexate or laparoscopic salpingostomy for the management of tubal ectopic pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol. 2006;33(2):90-2.
11. Mol et al. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update, [s. L.], v. 19, n. 309, p.04-10, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18522946>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
12. JUNIOR1, Julio Elito et al. Gravidez ectópica não rota diagnóstico e tratamento. Situação atual. Hum Reprod Update, [s.L.], v.19, n.309, p.149-159, mar. 2008. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18522946>>. Acesso em: 20 jul 16

CORRELAÇÃO ENTRE ASMA BRÔNQUICA E SÍNDROME METABÓLICA

*OLIVEIRA de, Paulo César. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro
Universitário Serra dos Órgãos*

*ESPINHEIRA, Camila Ramalho. Discente do Curso de Graduação em Medicina no
Centro Universitário Serra dos
Órgãos*

PALAVRAS-CHAVE: Asma Brônquica, Síndrome Metabólica, Asma Teresópolis.

INTRODUÇÃO

A Asma Brônquica (AB) é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, manifestando-se clinicamente por dispneia, aperto no peito, episódios recorrentes de sibilância e tosse, sendo reversível espontaneamente ou com o uso de medicações. É resultado da interação de fatores ambientais e genéticos e fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas.¹

A AB é uma doença respiratória crônica comum e é um problema mundial de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem atualmente 300 milhões de asmáticos no mundo, incluindo crianças e adultos. Anualmente ocorrem aproximadamente 350.000 internações por AB no Brasil, segundo o DATASUS, sendo ela a quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde.²

A Síndrome Metabólica (SM) é definida como um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionados à obesidade central e à resistência insulínica. A SM está relacionada ao aumento da mortalidade geral em 1,5 vezes e da mortalidade cardiovascular em cerca de 2,5 vezes.³ A obesidade, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da SM, foi recentemente identificada como um fator maior de risco no desenvolvimento da asma. Em pacientes obesos a AB tende a ser mais grave e pouco responsiva ao tratamento. Apesar de ainda não estar bem estabelecida a relação entre asma e obesidade, estudos prospectivos demonstraram que a asma severa é mais prevalente em pacientes obesos quando comparados com pacientes não obesos. Ambas são reconhecidas como condições inflamatórias.⁴⁻⁸

OBJETIVOS

Avaliar a positividade dos marcadores da Síndrome Metabólica em pacientes portadores de Asma Brônquica atendidos no ambulatório de Pneumologia UNIFESO, correlacionando com a sistematização de gravidade e os níveis de controle da doença respiratória.

METODOLOGIA:

Foi realizado o levantamento dos casos de pacientes com história de AB atendidos nos últimos 12 meses e registrados no “banco de dados” do sistema informatizado do UNIFESO, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) com o número de código J 45. Foram encontrados 322 pacientes dos quais foram selecionados 12 que tinham diagnóstico confirmado de AB e que haviam sido submetidos à investigação de SM através da realização de exames complementares.

A AB foi confirmada de acordo com a história clínica, antecedentes familiares e os resultados de prova funcional respiratória, obtidos em espirometria. Foram considerados resultados positivos para AB a redução do VEF1 para abaixo de 80% do previsto, e relação VEF1 /CVF abaixo de 70%, de acordo com as definições propostas pela SBPT e GINA. A SM foi diagnosticada nos pacientes que possuíam obesidade central (cintura abdominal > 102cm em homens e > 88cm em mulheres) associada a mais dois dos seguintes critérios propostos pela NCEP: HDL \leq 40 mg/dL em homens e \leq 50mg/dL em mulheres, triglicédeos \geq 160mg/dL, glicemia de jejum > 110mg/dL, pressão arterial \geq 130x85 mmHg. Para tanto foram verificados nos prontuários dos pacientes selecionados esses dados do exame físico e os resultados dos exames laboratoriais.

Para nível de comparação dos casos com outros estudos realizados e atualização nos temas, foi realizada revisão da literatura, através da busca dos termos “asma” e “síndrome metabólica” nas bibliotecas “online” e bancos de dados dos principais “sites”: Scielo,

PUBmed, Lilacs. Os critérios de pesquisa foram, idiomas inglês e português, estudos em populações norte-americanas, latino-americanas e europeias, foram excluídos os estudos feitos em crianças.

ANÁLISE DOS CASOS

Os pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia UNIFESO são cadastrados através de prontuário eletrônico e as informações são arquivadas através de um sistema informatizado. Foi realizado o levantamento dos casos de pacientes com história de AB atendidos nos últimos 12 meses e registrados no sistema conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) com os números de código J 45, sendo visualizados 322 pacientes.

Revisando os casos, foram selecionados 12 pacientes que tinham história clínica, antecedentes familiares e exame físico compatíveis com o diagnóstico de AB e que haviam realizado exames complementares dirigidos à investigação de SM. Eram 6 (50%) homens e 6 (50%) mulheres. Todos os pacientes haviam realizado avaliação funcional respiratória através espirometria, sendo selecionados os casos que apresentavam evidência de distúrbio ventilatório obstrutivo puro, com as características que definem espirometricamente a AB. Os casos que não apresentavam alterações compatíveis com esses critérios foram excluídos do trabalho.

Com base nos critérios estabelecidos nas Diretrizes da SBPT foi verificado nos prontuários eletrônicos dos pacientes a classificação para o nível de controle da AB em que os mesmos se encontravam no momento da consulta. A tabela a seguir mostra o consolidado desta avaliação:

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sexo	M	M	F	M	F	F	F	M	F	M	M	F
AB Intermitente	X			X			X	X			X	
Persistente leve					X					X		
Persistente moderada		X				X			X			
Persistente grave			X									X
AB controlada	X			X	X		X	X		X	X	
Parcialmente controlada		X				X			X			
AB não controlada			X									X

Verificou-se nos prontuários algumas medidas antropométricas dos pacientes – peso, altura, circunferência abdominal e IMC, além da pressão arterial, sendo obtidos os seguintes dados:

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sexo	M	M	F	M	F	F	F	M	F	M	M	F
Peso	95	96	102	88	86	92	80	84	90	85	84	98
Altura	1,72	1,65	1,56	1,76	1,68	1,58	1,66	1,74	1,60	1,69	1,72	1,48
Circunferência abdominal	88	92	98	85	76	86	75	80	88	84	76	92
IMC	32,11	35,26	41,91	28,41	30,47	36,85	29,03	27,74	35,16	29,76	28,39	44,74
Pressão sistólica	125	140	160	130	120	135	120	130	140	120	130	160
Pressão diastólica	75	85	95	75	70	85	80	85	90	75	80	100

Peso medido em **kg** - Altura em **m** - IMC em **kg/m²** - Circunferência abdominal em **cm** - Pressão em **mmHg**

Foram verificados os resultados dos exames complementares que os pacientes haviam realizado, em algum momento da evolução de suas enfermidades, no período considerado. Os resultados foram os seguintes:

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sexo	M	M	F	M	F	F	F	M	F	M	M	F
Glicemia	86	98	212	84	96	102	88	87	98	76	82	198
Col Total	165	200	224	178	190	198	180	155	202	154	118	256
HDL	40	36	33	48	40	36	44	44	33	38	30	30
LDL	88	156	172	96	98	162	100	106	148	101	84	184
Triglicerídios	102	172	186	100	145	176	102	98	166	126	98	221

Os exames laboratoriais foram medidos em **mg/dl**

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Todos os pacientes selecionados apresentavam distúrbio ventilatório obstrutivo no exame espirográfico e, em relação à classificação evolutiva de controle da doença respiratória, verificou-se que os pacientes mais graves eram os de número **3** e **12** – duas pacientes do sexo feminino que apresentavam evidências de **AB não controlada**. Os pacientes de número **2**, **6** e **9** apresentavam-se como **AB parcialmente controlada** e os demais estavam com **bom nível de controle** da AB.

Analisando os dados antropométricos dos pacientes pode-se verificar que justamente as pacientes de número **3** e **12** apresentam evidências de **obesidade severa**, podendo ser consideradas como **obesidade mórbida** (IMC acima de 40). Os pacientes de número **2**, **6** e **9** se enquadram na classificação de **obesidade grau II**. Os pacientes de número **1** e **5** podem ser classificados como **obesidade grau I** e os pacientes de número **4**, **7**, **8**, **10** e **11** podem ser categorizados como portadores de **sobrepeso** somente.

Analisando os níveis de pressão arterial deste grupo de pacientes verifica-se que os pacientes de número **2**, **3**, **9** e **12** podem ser rotulados como **hipertensos** de fato, com base na maioria das referências consideradas para este tópico.

Analisando os resultados dos exames laboratoriais obtidos, pode-se verificar que todos os pacientes possuíam algum tipo de alteração que poderia ser atribuído aos fenômenos inflamatórios relacionados com transtorno do metabolismo. Entretanto os resultados mais marcantes foram observados nas pacientes de número **3** e **12**, exatamente aquelas que

apresentavam **hipertensão arterial, obesidade mórbida**, evidências concretas de SM. Possivelmente como consequência destes fatos, estas eram as pacientes que exibiam os piores indicadores em relação ao comprometimento clínico e funcional respiratório – **AB não controlada**.

Vale assinalar que os achados deste TCC estão em conformidade com o que se pode identificar na literatura científica neste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma; Jornal Brasileiro de Pneumologia; 2006; v. 32; n 7; S 447-S 474
2. Diretriz para o Manejo da Asma; Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2012; disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/>
3. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica; Arquivos Brasileiros de Cardiologia, vol. 8, suplemento I, Abril 2005.
4. Van Veen IH, Ten Brinke A, Sterk PJ, et al. *Airway inflammation in obese and nonobese patients with difficult-to- treat asthma*. European Journal of Allergy and Clinical Immunology 2008; 63: 570–574.
5. Ford ES. The epidemiology of obesity and asthma. J Allergy Clin Immunol 2005; 115:897-909.
6. Beuther DA, Sutherland ER. Over-weight, obesity and incident asthma: a meta-analysis of prospective epidemiologic studies. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175:661-666.
7. Saint-Pierre P, Bourdin A, Chanez P, et al. Are overweight asthmatics more difficult to control? European Journal of Allergy and Clinical Immunology 2006; 61:79-84.
8. Stream AR, Sutherland ER. Obesity and asthma disease phenotypes. Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology. 2012; 12:76-81. Disponível em: www.co-allergy.com

QUAL O PADRÃO DE REPETIÇÃO DE PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS COMUNS: PREMATURIDADE, ABORTAMENTO E ROTURA DE MEMBRANAS

*VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral. Docente do curso de Graduação em
Medicina MARQUES, Catarine Silva. Discente do curso de Graduação em
Medicina.*

PALAVRAS CHAVES: prematuridade, abortamento, rotura prematura de membranas.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa escolheu as principais complicações obstétricas que acometem uma mulher em sua gestação. As estudar o abortamento espontâneo (ABORT), a prematuridade (PREM), a pré-eclampsia (PE), o diabetes (DM), o pós-datismo (POS), a rotura prematura de membranas (RPMO) e a infecção urinária (ITU), certamente englobaremos cerca de 90% das intercorrências que põem em risco o sucesso de uma gestação.

O abortamento, evento que se caracteriza pela interrupção da gestação antes das 22 semanas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Pesquisa Nacional do Aborto publicada em 2010 pelo Ministério da Saúde focalizando o Brasil urbano em 2010, o percentual encontrado na amostra escolhida foi de 15% em nosso país ⁽¹⁾.

Estudo feito pela Universidade de São Paulo afirmou que entre 1995 e 2007, a curetagem pós-abortamento foi a cirurgia mais comum no sistema único de saúde, com cerca de 3,1 milhões de procedimentos ⁽²⁾.

Este mesmo trabalho cita diferença importante entre regiões brasileiras: norte e nordeste = 30/1000 mulheres entre 15 e 44 anos, enquanto nos estados do sul este número cai para 20/000 mulheres⁽²⁾.

Já Machado et al (2013) ⁽⁴⁾ relacionam a perda espontânea a ausência de pré-natal, história de doença sexualmente transmissível, e ausência de filhos vivos como preponderantes para o aparecimento de uma casos de abortamento. Mas este estudo tem sua importância na conclusão, pois admite uma total vulnerabilidade nestas pacientes, fazendo com que o profissional de saúde tenha uma abordagem diferenciada durante o próximo pré-natal.

A prematuridade é definida como a interrupção espontânea da gestação entre 22 e 37 semanas de gestação. Um estudo divulgado pela OMS mostrou 15 milhões de prematuros por ano no mundo, sendo que 1 milhão deles morrem dias após o parto. Considera-se como a segunda causa de morte de crianças com menos de 5 anos, perdendo somente da pneumonia. O mais importante é que a organização considera que 75% dos casos poderia ser evitado ⁽⁵⁾.

O Brasil aparece em 10º lugar com 279 000 partos por ano, concluindo uma taxa de 9,2% ao ano, estando junto com a Alemanha e mais baixa que os Estados Unidos que tem taxa de

12%. Um relatório com estes dados conclui que a PREM não é uma apanágio de países pobres, e explicam que as taxas altas em países desenvolvidos, estão relacionadas com a gestação em idades mais avançadas, e as técnicas de fertilização assistida mais comuns e disponíveis para toda a população. É importante ressaltar que as menores taxas desta tabela estão com a Bielorrússia, Equador, Croácia e Samoa (⁵).

Utilizando a publicação ainda no prelo de Morgado (⁶) foi possível construir algumas tabelas de prematuridade para Brasil, Região Sudeste, Rio de Janeiro e a cidade de Teresópolis. A TABELA 1 aponta, em período de 10 anos, a quantidade de prematuros que aconteceu no Brasil.

Tabela 1 – Evolução dos prematuros nascidos vivos em nosso país.

Idade gestação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Brasil	192252	3026548	3035096	2944928	2891328	2934828	2881581	2861868	2913160	2905789	32492779
Região Sudeste	1181131	1178915	1171841	1139395	11222809	1130407	1119231	1123593	1143741	1152846	12659077
Rio de Janeiro	232255	229901	223094	218435	216876	215844	216625	215262	220603	222859	2443986
Teresópolis	2648	2475	2546	2344	2325	2248	2241	2200	2230	2236	26179

Fonte: DATASUS

JUSTIFICATIVA

Uma maternidade aberta para a internação de qualquer paciente tem a necessidade de conhecer qual o perfil destas pacientes, permitindo que protocolos e rotinas estejam sempre à disposição do atendimento.

Este trabalho teve como objetivo, ao examinar duas séries de internações, intervaladas de três anos, fazer uma comparação da evolução da prematuridade, do abortamento e da rotura prematura de membranas que acontecem na cidade de Teresópolis.

OBJETIVOS

Avaliar a incidência de algumas patologias obstétricas em duas amostras não concomitantes de puérperas que foram internadas na Maternidade do Hospital das Clínicas de Teresópolis. Além de observar pelos percentuais encontrados, quais as patologias que se tornaram mais e menos comuns em um período de três anos.

METODOLOGIA

Fizeram parte desta pesquisa mães cujos partos ocorreram na maternidade do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, em dois momentos diferentes de pesquisa, constituindo assim duas amostras que serviram para comparar o comportamento de cada patologia obstétrica estudada. Foram elegíveis para esta investigação todos os recém-nascidos com peso ao nascer superior a 500g e/ou idade gestacional igual ou superior a 20 semanas.

RESULTADOS

No Grupo 1 foram entrevistadas 312 pacientes, com maioria de primigestas, no qual, um grande percentual realizou o pré-natal adequadamente, com predominância dos extremos de idade, não branca, e solteira.

As patologias se distribuíram, neste primeiro período da seguinte forma:

- ❖ Prematuridade – 38 casos (12,17%);
- ❖ Abortamento – 32 casos (10,25%);
- ❖ Rotura prematuro de membranas – 50 casos (16,02%).

No Grupo 2 foram entrevistas de 318 pacientes, com o comportamento das incidências:

- ❖ Prematuridade – 38 casos (11,94 %);
- ❖ Abortamento – 53 casos (16,66%);
- ❖ Rotura prematura de membranas – 21 casos (6,60%).

DISCUSSÃO

O primeiro inquérito realizado há três anos, não existia nenhum protocolo instalado na Secretaria de Saúde para a prevenção destas patologias. Após o primeiro inventário, o hospital enviou um conjunto de normas de conduta, naquele momento obrigatório pelo Sistema Único de Saúde. Acredita-se que este documento passou a fazer parte da rotina dos postos de pré-natal, já que neste aspecto somos responsáveis por somente um posto de atendimento.

No ano de 2016 foi possível voltar a aplicar a pesquisa em uma série de casos na maternidade e infelizmente continua a apresentar uma taxa de prematuridade extremamente alta no município (em torno de 12%). Este fato acarreta perdas financeiras importantes na gestão, sem falarmos do impacto social imediato com repercussões futuras, pois sabe-se que estas crianças podem levar sequelas para o resto de sua vida.

Este fato acarreta perdas financeiras importantes na gestão, sem falarmos do impacto social imediato com repercussões futuras, pois sabe-se que estas crianças podem levar sequelas para o resto de sua vida.

Mais recentemente, Delorme et al (2016) ⁽⁹⁾ em hospital francês, analisaram 3 138 nascimentos entre 24 e 34 semanas, com taxa de mortalidade de 5%, e concluíram que 44% destes casos tratava-se de trabalho de parto prematuro sem causalidade palpável. O restante das causas foram distribuídas por rotura de membranas, hipertensão, descolamento de placenta, entre outras.

Neste último trabalho aparece a rotura prematura de membranas como uma das principais causas de prematuridade. Na comparação histórica houve uma queda dos “diagnósticos” de RPMO. É possível afirmar a história não contada corretamente ou erros de avaliação são encontrados. Para isso só conscientização da população e treinamento do pessoal de saúde, principalmente quem dá o primeiro atendimento ⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÕES

O trabalho permite concluir que se continua sem fazer prevenção de prematuridade, pois além das taxas elevadas, as estatísticas não sofrem nenhum impacto após três anos.

O abortamento aumentou como causa de internação, pois com a presença do misoprostol clandestino na cidade, as pacientes estão passando por este processo com maior facilidade, e as internações para procurar assistência médica para corrigir possíveis complicações consequentemente aumentaram. O que diminui é a mortalidade materna pelo abortamento criminoso.

Quanto à rotura prematura de membranas, admitimos um erro diagnóstico/informação nestes nossos números, pois fica uma incongruência entre uma prematuridade que não se altera e uma queda na rotura, que é considerada a maior causa da interrupção da gestação antes do trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

- 1 – Ministério da Saúde. DATASUS. 2010. Ciência & Saúde Colet.2010;15(Supl 1):959-66
- 2 – Adesse L. Aborto como questão de saúde pública – análise situacional do aborto. Disponível em: [HTTP://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados.2016](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados.2016).
- 3 – Nomura RMY, Benute GRG, Azevedo GD et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: co mparação enre duas capitais brasileiras. Ver Assoc Med Brás. 2011;57(6):644-50.
- 4 – Machado CJ, Lobato ACL, Melo VH et al. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. Ver Brás Epidemiol.2013;16(1):18-29.
- 5 – Agência Brasil. Disponível em: [HTTP://agenciabrasil.ebc.com.br.2012](http://agenciabrasil.ebc.com.br.2012).
- 6 – Morgado F. Caderno de informações em Saúde - Teresópolis, Rio de Janeiro, Volume 1, Dados Demográficos

7 – Silva AA, Batista RF, Simões VM et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luis, Maranhão State, Brazil. *Cad Saude Publica*.2015;31(7):1437-50.

8 – Thompson K, Conlon J, Magowan BA et al. Neonatal mortality amongst Scottish preterm singleton births (2001 – 2010): record linkage of maternity data and neonatal mortality data. *Public Health*.2015;129(12):1597-601.

9 – Delorme P, Goffinet F, Ancel PY et al. Cause of preterm as a prognostic factor for mortality. *Obstet Gynecol*. 2016;127(1):40-8.

10 – Hackenhaar AA, Albernaz EP, Fonseca TMV. Preterm premature rupture of the fetal membranes: association with sociodemographic factors and maternal genitourinary infections.*J Pediatr*.2014;90(2):197-202.

DIABETES NA GESTAÇÃO: FINAL DE QUATRO ANOS DE ESTUDO

VASCONCELLOS, *Macus José do Amaral*. Docente do curso de graduação de medicina
-UNIFESO

ATAÍDE, *Daniela de Carvalho*. Discente do curso de graduação em medicina -UNIFESO

PALAVRAS-CHAVE: gravidez, diabetes, rastreamento, glicemia

INTRODUÇÃO

O diabetes gestacional se enquadra entre as patologias que tendem a trazer mais prejuízos tanto para a mãe quanto ao feto. Por este motivo, foi implantada esta linha de pesquisa na Faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, de forma a analisar a incidência, o perfil epidemiológico e o rastreamento do diabetes gestacional em pacientes na cidade de Teresópolis, Rio de Janeiro.

A relação entre diabetes mellitus e gravidez foi, no passado, sinônimo de altas taxas de morbimortalidade materna e fetal, sendo desaconselhada a gestação para essas pacientes. O quadro mudou quando em 1922 foi descoberta a insulina, melhorando o prognóstico reprodutivo dessas mulheres. As taxas de mortalidade materna caíram de 45% para valores menores que 2% (³⁴).

O rastreamento precoce do diabetes, o controle do ganho ponderal e o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar durante a gravidez são pontos fundamentais para a redução das taxas de morbimortalidade maternas e fetais. Este trabalho encerra um acompanhamento de 4 anos na cidade de Teresópolis, buscando um diagnóstico o mais correto possível, de quem é a paciente que atendemos com esta afecção. (¹²)

OBJETIVOS

Principal

Apresentar documento com normas de conduta para os profissionais de saúde de nossa cidade que estão envolvidos com o atendimento obstétrico

Específico

Levar este documento à Secretaria Municipal de Saúde para que possa ser implantado, inserir o documento nos ambulatórios que não estão sob a jurisdição da Secretaria e tentar motivar as Secretarias de Saúde dos municípios vizinhos a Teresópolis.

METODOLOGIA

A População estudada, Participaram da pesquisa 384 pacientes de idades variadas, que se encontravam internadas no pós-parto, na enfermaria de obstetrícia do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano (HCTCO). O estudo aconteceu durante os anos de 2014 e 2015.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário estruturado para a obtenção dos seguintes dados: data da coleta, nome da paciente, idade, cor, estado civil, ganho de peso ao fim da gestação, valores da primeira e da segunda glicemia (quando disponíveis) e peso do recém-nato.

Uma equipe de alunos do curso de Medicina previamente instruídos coletaram os dados em forma de questionário estruturado, com assinatura do termo de consentimento pela paciente. Como rastreamento positivo para o diabetes gestacional, foi considerado um valor de glicemia de jejum maior que 92mg%(pelo ministério da saúde) em qualquer momento da gestação.

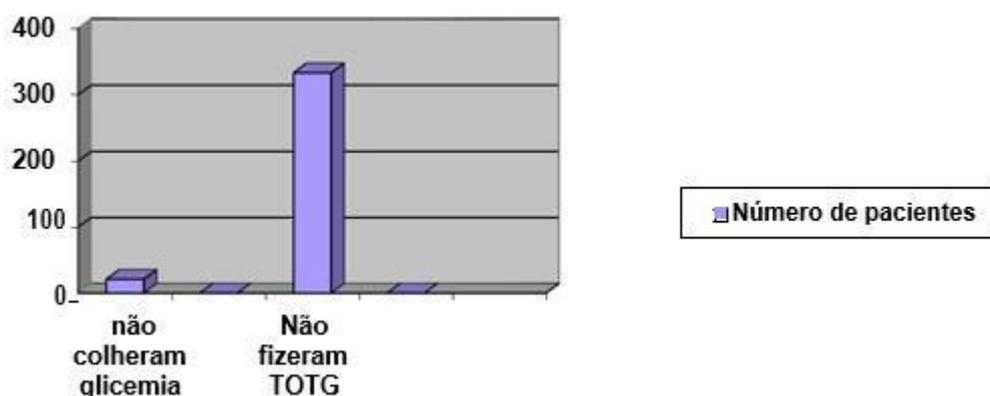
Os dados obtidos foram tabulados e colocados em tabela de contingência para que uma análise de relação fosse feita através do Qui quadrado, proposto para amostras homogêneas. O teste será aceito como significativo quando o valor p for menos de 0,05.

RESULTADOS

A primeira proposta desta linha de pesquisa foi determinar o percentual de pacientes que foi rastreada adequadamente para o diabetes gestacional. Para esta finalidade foram entrevistadas as 384 pacientes, com enfoque não só se haviam feito uma glicemia de jejum, ou o teste de tolerância à glicose entre 24 -26 semanas.

O Gráfico 2 explicita que 21 pacientes não realizaram nenhuma glicemia de jejum em nenhum momento do pré-natal. No grupo total, 333 pacientes (95%) não realizaram o teste de tolerância à glicose com 26 semanas, concluindo que somente 15 delas assim o fizeram.

GRÁFICO 2 – Percentual de pacientes que não foram rastreadas para diabetes gestacional adequadamente no município de Teresópolis



E finalmente nossos resultados mostram que o diagnóstico do diabetes gestacional foi feito em 18 pacientes, o que corresponde a 5% da população estudada

TABELA 2 – Distribuição do ganho de peso materno de mulheres atendidas no Hospital de Clínicas de Teresópolis, comparadas com a glicemia de jejum inicial no pré-natal

	Ganho de > 12 Kg	Ganho de <= 12 KG
Glicemia > 92mg%	12	8
Glicemia <= 92mg%	46	105
Qui quadrado – 0,07	N S	

Podemos afirmar que existe uma tendência à significância destes dados. O que falta é uma amostra mais forte.

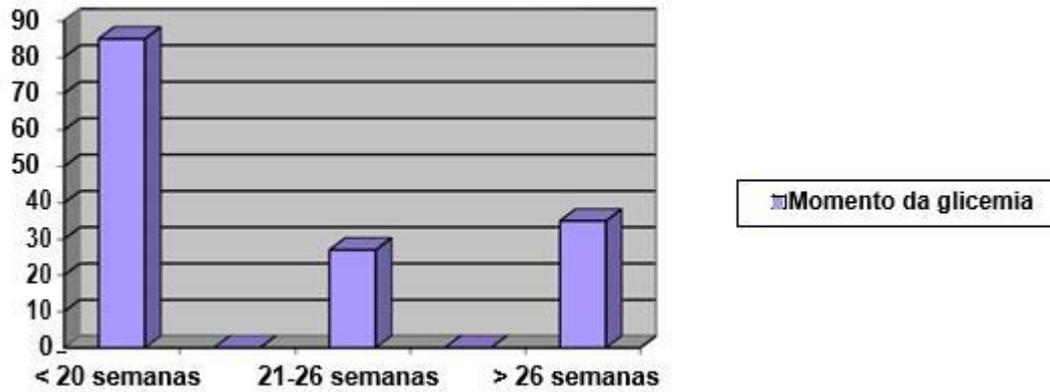
A **Tabela 3** mostra a distribuição dos casos investigados, fazendo a correlação entre neonatos macrossômicos e glicemia de jejum maior que 92 mg%. Os resultados mostram que não existe uma relação direta entre a primeira glicemia de jejum e a macrossomia neonatal.

TABELA 3 – Distribuição do peso neonatal de gestantes atendidas no Hospital de Clínicas de Teresópolis, comparadas com a glicemia de jejum inicial no pré-natal

	Macrossomia presente	Macrossomia ausente
Glicemia > 92mg%	3	19
Glicemia <= 92mg%	12	106
Teste de Fisher – 0,23	N S	

A solicitação de uma glicemia de jejum começou a ser feita mais precocemente. Mesmo assim o rastreamento continua a não ser feito, pois a maioria não fez TOTG. Mostra assim o Gráfico 3

GRÁFICO 3 – Momento da gestação onde as pacientes faziam uma glicemia de jejum no município de Teresópolis



DISCUSSÕES E CONCLUSÕES:

Os resultados mostraram que 32,7% das mulheres desenvolveu DM. A probabilidade de desenvolvimento de DM após DG aumentou 8,2 vezes quando idade gestacional menor que 24 semanas no momento do diagnóstico (OR = 8,19; $p < 0,001$), 3,4 vezes se necessidade de insulino-terapia (OR = 3,36; $p < 0,001$) e 3,1 vezes se índice de massa corporal (IMC) prévio $\geq 26,4$ kg/m² (OR = 3,07; $p = 0,003$). História familiar de DM tipo 2, 4 valores elevados na prova de tolerância oral à glicose, valor de glicemia em jejum, idade materna no momento do diagnóstico e IMC pós-parto, apesar de apresentarem associação com desenvolvimento de DM não se revelaram seus preditores. Não se verificou associação entre gravidez prévia ou diagnóstico prévio de DG com desenvolvimento de DM.

O rastreamento para o diabetes gestacional na cidade de Teresópolis é muito deficiente, é desta forma nos tornamos impotentes para as recomendações que devem ser dadas para as gestantes com distúrbios do metabolismo glicídico. O que podemos observar em uma amostra que correspondia ao fim da pesquisa, é que já começa a existir uma conscientização da importância desta filosofia. As glicemias começaram a ser solicitadas mais precocemente, e principalmente A SER SOLICITADAS.

Os resultados finais desta linha de pesquisa, mesmo que não mostrem uma relação direta entre um ganho de peso acima de 12 quilos e a glicemia de jejum realizada em qualquer momento da gestação, permitem sugerir que existe uma tendência nesta relação. O diabetes gestacional é dramaticamente abandonado no município de Teresópolis, sem o rastreamento adequado, e conseqüentemente com diagnóstico tardio. A glicemia de jejum está sendo mais solicitada, mas infelizmente tardiamente. Não existe relação significativa entre a macrossomia fetal e as pacientes que apresentaram glicemias elevadas e não foram tratadas. Não existe relação significativa entre o ganho de peso da gestante e a glicemia de jejum aferida no início da gestação, tendo como ponto de corte o valor de 92mg%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Ribeiro AMC, Nogueira-Silva C, Melo-Rocha G et al. **Diabetes gestacional: determinação de fatores de risco para diabetes mellitus**. Rev Port Endocrinol Diabetes Metab. 2015;10(1):8–13

2 - Carolina A. Cabizuca, L, Fernanda O. et al. **Obesidade e diabetes na gestação.** Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2015;14(4):66-71

3 - Ragnarsdottir LH, Conroy S. **Development of macrosomia resulting from gestational diabetes mellitus: physiology and social determinants of health.** 2010;10(1):7-12

4 – Zugaib. **Obstetrícia** (editor Marcelo Zugaib), 2ª edição. Barueri, SP. Manole, 2012.

CORTICOTERAPIA ANTENATAL PARA PREMATUROS: CONCEITO DO RESGATE

VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral Docente do Curso de Graduação em Medicina. STOPA, Débora Costa Discente do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS CHAVES: Pré-natal; Corticóides; Prematuridade; Prevenção Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é o determinante isolado mais importante do desfecho adverso infantil, quer em termos de morbidade como também na mortalidade. Todos os anos morrem cerca de 1,1 milhões de crianças prematuras no mundo segundo estimativa de Liu et al. em 2010.

Desde o primeiro ensaio randomizado realizado historicamente por Liggins e Howie em 1972, que a corticoterapia tem sido utilizada na população em risco de prematuridade. Esta conduta reveste-se de importância fundamental, pois a metanálise realizada posteriormente, mostrou uma redução de cerca de 40% da mortalidade, de 40% na síndrome da angústia respiratória e de 50% na hemorragia intraventricular. Com estes resultados de 2006, hoje estaria recomendada a utilização de betametasona ou dexametasona entre 24 e 34 semanas de gestação.

Vários são os efeitos, sendo a prevenção da membrana hialina o mais consagrado. Vinagre et al realizaram uma ampla revisão bibliográfica nos últimos 20 anos, e foram categóricos em afirmar que a proteção contra a hemorragia peri-ventricular no prematuro é notória. O fármaco estimula a maturação da matriz germinativa, promove espessamento da membrana basal, acelera a formação protéica nas junções firmes e estabiliza o fluxo sanguíneo cerebral.

A corticoterapia apresenta sua ação máxima durante 7 dias após sua administração, considerando que após este período de tempo seu efeito será residual ou até nulo. Portanto se torna essencial a prescrição correta do corticóide antenatal, com a certeza que se deve dar somente a mulheres que mostrarem uma grande probabilidade de desenvolver a prematuridade, pois se isto não ocorrer duas coisas serão certas: medicação sem efeito, ou iatrogenização pela repetição das doses semanais.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Realizar uma revisão atualizada da utilização da corticoterapia antenatal na profilaxia de complicações neonatais na prematuridade

Objetivo Secundário

Discutir a utilização do resgate na terapêutica com corticóides na perinatologia.

Objetivo Acadêmico

Apresentar requisito para obtenção de grau de médico na Faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada utilizando as principais fontes de busca disponíveis: PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane, Lilacs. Foram aceitos artigos de 2011 em diante. Foi dada preferência aos artigos que falavam sobre doses e posologia da corticoterapia, visando uma crítica sobre o moderno conceito da terapia de resgate.

DISCUSSÃO

Em relação ao curso único, Surbek et al realizaram interessante revisão em 2012, procurando nos meios de busca eletrônica, a posição das diversas sociedades nacionais de ginecologistas e obstetras. O resultado mostrou que a maioria aceitava um curso único de betametasona (2 x 12 mg / 24 horas) entre 24 e 34 semanas de gestação.

Gyamfi-Bannerman et al compararam 500 pacientes que receberam a terapia corticóide não na prematuridade extrema, mas em sua fase mais tardia (35-36 semanas de gestação), com 5 374 pacientes que foram submetidas a esta profilaxia, já que estavam fora do período preconizado para seu uso. Os resultados foram claros em demonstrar que não aparecia nenhum efeito benéfico para este grupo de pacientes prematuros.

Com esta mesma finalidade, Carreno et al também experimentaram fazer o corticóide acima das 34 semanas, mas também não obtiveram nenhuma vantagem sobre as pacientes que tiveram seus filhos no termo. Portanto podemos afirmar que o limite superior de 34 semanas permanece inalterado, sob pena de custo desnecessário ou iatrogenia.

Uma das questões levantadas por este trabalho, é o momento correto da administração do corticóide antenatal. Razaz et al os autores consideraram três períodos na administração do corticóide: período ótimo entre 24 e 34 semanas com resolução do parto em até 7 dias; período sub-ótimo quando parto ocorre após 7 dias; administração questionável quando foi feita com 35 semanas ou mais. Os autores reforçam que a idéia é que se faça com uma indicação adequada, e que o parto aconteça dentro dos 7 dias.

CONCLUSÕES

A corticoterapia antenatal continua sendo aplicada em ciclo único, na medida que os ciclos múltiplos podem trazer efeitos colaterais para a criança. A proposta do ciclo de resgate não está afastada, mas devemos pensar com muita atenção se a primeira dose tem ou não uma indicação correta. Na maioria das vezes o resgate será a primeira dose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chang HH, Larson J, Blencowe H et al. Preventing preterm births analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet*.2013;381(9862):223-34.

Liu I, Johnson HL, Cousens S et al. Global, regional and national causes of child mortality: an update systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*.2012;379(9832):2151-61

Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*.2006;(3):CDOO4454.
Vinagre LEF, Marba STM. Uso antenatal do corticoide e hemorragia per-ventricular. *Ver Paul Pediat*.2010;28(3):346-52.

Waters TP, Mercer B. Impact of timing of antenatal corticosteroid exposure on neonatal outcomes. *J Matern Fetal Neonat Med*.2009;22(4):311-4.

Surbek D, Drack G, Irion O et al. Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation in threatened preterm delivery: indications and administration. *Arch Gynecol Obstet*.2012;286(@):277-81.

Gyamfo-Bannerman C, Gilbert S, Landon MB et al. Effect of antenatal corticosteroids on respiratory morbidity in singletons after late-preterm birth. *Obstet Gynecol*.2012;119(3):555-9.

Carreno CA, Refuerzo JS, Holland MG et al. The frequency of prior antenatal corticosteroids therapy in late preterm Barth pregnancies. *Am J Perinatol*.2011;28(10):767-72.

Razaz N, Skoll A, Fahey JM et al. Trends in optimal, suboptimal, and questionably appropriate receipt of antenatal corticosteroids prophylaxis. *Obstet Gynecol*. 2015;125(2):288-96.

EMBOLIA AMNIÓTICA: GRAVE E IMPREVISÍVEL?

DIEGO, Brito Rocha Santana. Discente do curso de graduação em medicina UNIFESO

VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral. Docente do curso de graduação em medicina UNIFESO

INTRODUÇÃO

A embolia do líquido amniótico é uma das principais causas de morte materna nos países desenvolvidos, embora a situação seja rara, continua assustando obstetras e intensivistas. (²) Pode ser chamada também como embolia amniocaseosa, embolia do fluido amniocaseoso ou síndrome anafilática da gravidez (¹).

A embolia do líquido amniótico é considerada uma emergência obstétrica rara com consequências catastróficas maternas e fetais. A forma de apresentação geralmente consiste em colapso materno súbito, profundo e imprevisível associado a hipoxemia, hipotensão e coagulação intravascular disseminada. (^{4 5}) Ela ocorre no trabalho de parto em 70% dos casos, 11% após um parto vaginal e 19% durante uma cesariana. (¹)

A sua ocorrência está relacionada com a entrada em circulação materna de componentes do líquido amniótico e células fetais. A terapêutica é primariamente de suporte, sendo críticos o reconhecimento e abordagem precoces. (⁴)

Sua fisiopatologia parece estar relacionada a uma resposta anormal do organismo materno ao tecido fetal, envolvendo a ativação de mediadores pró-inflamatórios, consistindo-se assim em uma resposta clássica inflamatória. (⁵) Estes mesmos autores consideram que as estatísticas, em sua maioria, superestimam o diagnóstico de ELA. Muitos casos que foram cancelados com esta conclusão, eram provenientes de outros processos inflamatórios. Realçam a importância aos fatores de risco, pois nesta conduta é que está a presteza do tratamento e conseqüente bom resultado. (³)

Uzysnky et al (⁷) reforçando o risco de associar a ELA com a coagulação intravascular disseminada, produziram a informação que o líquido amniótico tem inúmeros componentes que podem desencadear o processo de coagulação quando em contato com o sangue materno.

A apresentação clássica desta síndrome é caracterizada por colapso cardiovascular, com hipotensão profunda, arritmia, cianose, dispnéia ou parada respiratória, edema pulmonar, alteração do estado de consciência e hemorragia. Estes sintomas e sinais são geralmente de instalação súbita e podem ocorrer separadamente ou em combinação e em diferentes graus. A progressão precisa dos mesmos, na fase inicial, tem sido de difícil elucidação dada a raridade da síndrome e a ausência de monitorização desde o início do quadro.

Até hoje não foi identificado um marcador patognomónico de ELA, e o diagnóstico se baseia na apresentação e evolução clínicas, sendo um diagnóstico de exclusão (⁴).

Há, no entanto, exames laboratoriais e de imagem, que suportam esta hipótese de diagnóstico, sendo uns considerados inespecíficos e outros mais específicos. Os primeiros incluem exames laboratoriais como um hemograma completo, coagulação e gasometria arterial. As manifestações laboratoriais de CID incluem um prolongamento do tempo de protrombina e tempo de protrombina ativado, níveis de fibrinogênio diminuídos e trombocitopenia. A gasometria arterial poderá demonstrar hipoxemia.

As principais alterações radiográficas consistem em áreas de hipotransparência homogêneas e heterogêneas bilaterais e difusas, indistinguíveis de edema agudo do pulmão e de outras causas. O eletrocardiograma poderá demonstrar um desvio do eixo para a direita, numa fase inicial, bem como alterações inespecíficas da repolarização e alterações do ritmo (⁴⁶). O Ecocardiograma transesofágico tem-se revelado uma ferramenta útil e sensível na identificação de possíveis causas de colapso hemodinâmico durante o parto.

O tratamento é de suporte e tem como principais objetivos o controle da via aérea e manutenção da oxigenação, manutenção do débito cardíaco e pressão arterial e correção da coagulopatia. (²⁹)

O objetivo inicial do tratamento consiste na rápida correção da instabilidade hemodinâmica materna, que inclui correção da hipoxia e da hipotensão para prevenção de hipóxia adicional e falência de órgãos consequente. Deverá ser imediatamente administrado oxigênio através dos meios disponíveis incluindo máscara facial ou com recurso a ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, mantendo saturações periféricas superiores ou iguais a 90% (⁸).

JUSTIFICATIVA

Em nosso país as principais causas de morte materna são, em ordem decrescente, a hipertensão, a hemorragia e as infecções. Entretanto não devemos procrastinar as demais causas que podem levar uma mulher ao óbito durante o ciclo grávido- puerperal.

Nos países desenvolvidos as cardiopatias, as miocardiopatias e as embolias merecem uma consideração importante, pois as causas mais comuns acima descritas, sempre acompanham os países em desenvolvimento. Ironicamente, nestes últimos países, as mulheres não morrem pelas causas relacionadas com o descuido, a falta de atenção, a não existência de rotinas, para morrer de causas, que na sua maioria, parecem inevitáveis e com pequena margem terapêutica.

OBJETIVOS

Fazer uma revisão atualizada sobre a embolia amniótica buscando algum conhecimento novo na literatura. Propor uma forma de abordagem das pacientes, que ao mesmo tempo permitam um diagnóstico mais precoce e também mais efetivo.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada utilizando as principais fontes de busca disponíveis: PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane, Lilacs. Foram aceitos artigos de 2013 em diante, e como descritores foram incluídos: embolia amniótica, causas de morte materna.

DISCUSSÃO

Começamos nossa discussão pelo diagnóstico diferencial que pode ser feito com a ELA. A literatura tem suas “ listas ” de diagnóstico, que seguem formas diferentes de apresentação. Fonseca (²) lançou mão da estratégia de causas obstétricas e anestésicas.

Já Rodrigues et al (⁹) segue outra lógica, usando aspectos fisiopatológicos, e assim divide em cardiopulmonar, hemorragia e lesão neurológica.

Alguns relatos de casos são citados para ilustrar uma tomada de decisão ao fim deste trabalho.

CONCLUSÕES

A possibilidade de uma embolia amniótica, mesma que rara, não deve deixar de ser preocupação do obstetra, pois a mortalidade materna é muito possível.

Sempre que uma paciente, principalmente após o parto, cursar com colapso cardio-respiratório súbito pensar em embolia amniótica. Será preferível afastar essa possibilidade do que fazer um diagnóstico tardio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Meletti JFA, Miranda RVB. Embolia amniótica durante o parto normal sob analgesia. Relato de caso. 2008;58(4):123.
- 2 – Fonseca F. Embolia do líquido amniótico. Tese de Mestrado. São Paulo. 2013
- 3 – Ito F, Akasaka J, Kolke N et al. Incidence, diagnosis and pathophysiology of amniotic fluid embolism. J Obstet Gynecol. 2014;34(7):580-4.
- 4 – Conde-Aquedelo A, Romero R. Amniotic fluid embolism: na evidence - based review. AM J Obstet Gynecol. 2012;202(1):92-8
- 5 – Clarck SL. Amniotic fluid embolism. Obstet Gynecol. 2014;123(2PT1):337-48.
- 6 – Ecker JL, Solt K, Fitzsimons MG, MacGillivray TE. Case 40-2012: a 43 year old woman with cardiorespiratory arrest after cesarean section. N Engl J Med. 2012; 367:2528-36
- 7 – Uszynsky W, Zekanowska E, Uszynsky M et al. Activation contact system (ACS) and tissue factor (TF) in human amniotic fluid: measurements of ACS components and TF, and some implications on the pathophysiology of amniotic fluid embolism. Thromb Res. 2015;135(4):699-702.

8 – Gist RS, Stafford IP, Leibowitz AB, Beilin Y. Amniotic fluid embolism. *Anesth Analg.* 2009; 108: 1599-602

9 – Rodrigues R, Nunes F, Meirinho M. *Acta Med Port.* 2007;20:93-6.

SÍNDROME DE WILKIE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

FUTURO, Juliana Barcellos Dias. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

COUTO, Diogo Assis. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVE Síndrome de Wilkie, Síndrome da artéria mesentérica superior, obstrução intestinal rara, duodenojejunostomia laparoscópica

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Wilkie (SW), ou Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (SAMS) é uma síndrome obstrutiva abdominal rara, caracterizada pela compressão vascular extrínseca da terceira porção do duodeno (D3) pela artéria mesentérica superior anteriormente e pela artéria aorta e a coluna vertebral posteriormente^{1,2,3}. Pode ocorrer obstrução parcial ou total duodenal devido à compressão, sendo a Síndrome descrita pela primeira vez em 1861 por von Rokitansky em achado de autópsia, seguido pela descrição clínica e fisiopatológica através de estudos com uma série de 75 pacientes realizados por Wilkie em 1927^{4,5,6,7}. A Síndrome também tornou-se conhecida como Síndrome de Cast, Megaduodeno, Síndrome da raiz Mesentérica e Ileo Duodenal Crônico^{8,9}. Grande parte dos relatos de caso descreve maior incidência em jovens e adultos jovens^{10,11,12,13}.

É importante que se discuta os diagnósticos menos comuns de lesões obstrutivas, ampliar o conhecimento clínico dos mesmos através de relatos de casos e revisão da literatura, para evitar diagnósticos tardios que possam causar importante sofrimento e desnutrição severa ao indivíduo.

OBJETIVOS

Geral

Relatar um caso clínico de Síndrome de Wilkie, sua abordagem terapêutica e evolução.

Específico

O presente projeto visa apresentar a Síndrome de Wilkie com suas diferentes etiologias, realizando uma revisão da literatura, expondo os métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados nos dias de hoje, apresentando o relato de um caso clínico raro com sua abordagem terapêutica e evolução pós-operatória.

METODOLOGIA

Relato de caso ocorrido em Agosto de 2015 no Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro - RJ. Os dados referentes a paciente, incluindo o prontuário de evolução médica, exames de imagem e laboratoriais solicitados, foram colhidos durante o período de internação. A paciente autorizou, através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o recolhimento dos dados, acompanhamento do caso e relato do mesmo, verificando-se o anonimato e sigilo ante a publicação do referido.

Foi realizada uma pesquisa eletrônica de publicações utilizando o Medline (através do PubMed), biblioteca Cochrane, Scielo e LILACS. Os artigos identificados e especificamente relacionados ao tema foram avaliados segundo sua validade e suas recomendações. Foi utilizada como estratégia de busca os termos *Superior Mesenteric Artery Syndrome*, *Wilkie's Syndrome*, *rare intestinal obstruction*, *uncommon intestinal obstruction*, *laparoscopic duodenojejunostomy*, sendo selecionados 30 artigos a partir do ano de 1996.

DISCUSSÃO

Esse relato de caso teve como objetivo apresentar um caso clínico de Síndrome de Wilkie, sua abordagem terapêutica e evolução. A paciente de 75 anos de idade, sexo feminino, natural do Rio de Janeiro, deu entrada no Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro - RJ, em 05 de agosto de 2015 com queixa de disfagia e perda de peso, sensação desagradável de persistência prolongada dos alimentos no estômago, negando vômitos e alteração do hábito intestinal. A paciente foi internada para seguimento e investigação diagnóstica, tendo trazido consigo, dois exames de endoscopia digestiva alta (EDA), realizados no mês anterior a internação, com intervalo de 20 dias entre eles, evidenciando síndrome de estenose pilórica à esclarecer. Apesar do aspecto neoplásico da lesão, o exame histopatológico encontrou a presença de metaplasia intestinal completa e ausência de malignidade. A paciente foi submetida a tomografia computadorizada, que evidenciou dilatação da porção duodenal proximal à região D3 com obstrução parcial duodenal, e estenose pilórica a montante, sendo as alças jejunoileais e colônicas sem alterações a jusante, indicando Síndrome de Wilkie associada a Síndrome de estenose pilórica. Realizou-se antrectomia com vagotomia troncular e reconstrução à Billroth II com anastomose gastrojejunal em alça de Braun, via laparotômica por incisão mediana. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências e o diagnóstico da Síndrome de Wilkie foi confirmado no intra-operatório.

A paciente evoluiu sem intercorrências, aceitando dieta oral, recebendo alta hospitalar no décimo segundo dia de pós-operatório com acompanhamento ambulatorial programado. Em acompanhamento ambulatorial, cinco meses após a cirurgia, a paciente apresentou-se sem queixas, alimentando-se normalmente, com ganho de peso evidente, com relato de estar realizando atividades domiciliares sem restrição, indicando bom resultado da terapêutica adotada.

A Síndrome de Wilkie ou Síndrome da Artéria Mesentérica Superior é uma doença rara com alguns poucos relatos de caso disponíveis na literatura médica mundial. O diagnóstico diferencial de síndromes obstrutivas abdominais conta com lesões extrínsecas e intrínsecas à parede intestinal e lesões intraluminais. A SW enquadra-se em lesões extrínsecas menos comuns. Grande parte dos relatos de caso na literatura descrevem maior incidência em jovens e adultos jovens, onde aproximadamente dois terços dos pacientes acometidos são do sexo feminino em idade entre 10 e 39 anos, com prevalência variável entre 0,013 a 0,3%^{10,11,12,13}, diferindo do relato deste estudo, no qual a paciente tem 75 anos de idade. A perda do tecido adiposo e linfático retroperitoneal por diversas causas parece ser o fator

etiológico associado a causar a angulação acentuadamente diminuída que gera a compressão de D3^{1,14,15,16,17,18}. Enquanto verifica-se em indivíduos normais a angulação de aproximadamente 25 a 60 graus entre a aorta e a mesentérica superior e 13-34 mm, indivíduos portadores de tal síndrome tem variação entre 6 a 15 graus e 5 a 11 mm, valores bem avaliados por exames como tomografia computadorizada, angio-TC ou ressonância magnética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico requer a união entre os sintomas clínicos associados a um alto grau de suspeição e avaliação radiológica, que pode evidenciar dilatação gastroduodenal proximal e diminuição da angulação aortomesentérica comprimindo o duodeno^{8,11,16,19,23}. Estudos demonstram que a abordagem terapêutica atual tem buscado tratamento inicial conservador em quadro agudo, realizando-se a descompressão do estômago a partir de sonda nasogástrica, além da correção das alterações hidroeletrolíticas, acidobásicas e suporte nutricional adequado. A falha nessa abordagem indica a correção cirúrgica, sendo duodenojejunostomia o procedimento atual de eleição^{11,17,25,27,24,28,29}. A abordagem escolhida neste relato para correção de ambas as lesões foi a gastrojejunostomia. Essa síndrome deve ser lembrada para diagnóstico diferencial de pacientes que sofrem por obstrução intestinal alta, e seu reconhecimento precoce reduz exames e tratamentos desnecessários. O caso apresentado enfatiza o desafio do diagnóstico dessa rara síndrome com quadro clínico inespecífico e a necessidade de relatos de caso que ampliem o conhecimento da mesma auxiliando a realização diagnóstica a partir do alto grau de suspeição dessa entidade.

REFERÊNCIAS

1. Zaraket V, Deeb L. Wilkie's Syndrome or Superior Mesenteric Artery Syndrome: fact or fantasy? *Case Rep Gastroenterol*. 2015 Jun;9:194–9.
2. Llano R, Anturi A, Vargas P, Valencia A. Síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie. *Rev Col Gastroenterol*. 2009 Mar;24(2):200-209.
3. Roy A, Gisel J, Roy V, Bouras E. Superior Mesenteric Artery (Wilkie's) Syndrome as a Result of Cardiac Cachexia. *J GEN INTERN MED*. 2005 May;20:C3–C4.
4. Wisman M, Galán MC, Aguirre R, Mosqueda J. Dolor abdominal recorrente psicológico o anatómico secundario a síndrome de Wilkie. *REV CLÍN MED FAM*. 2014 Mar;7(2):130-3.
5. Lorentziadis ML. Wilke's syndrome. A rare cause of duodenal obstruction. *Ann Gastroenterol*. 2011;24(1):59-61.
6. Wilkie D. Chronic duodenal ileus. *The British Medical Journal* Vol. 2, No. 3234. 1922 Dec; pp. 1219-1222.
7. Von Rokitsansky C. *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*. 3 ed. Vienna: Braumüller und Seidel; 1861. p. 87.

8. Rabie E, Ogunbiyi O, Al Qahtani A, et al. Superior Mesenteric Artery Syndrome: clinical and radiological considerations. *Surgery Research and Practice*. 2015, Article ID 628705, 5 pages, 2015 Aug. doi:10.1155/2015/628705.
9. Laffont I, Bensmail D, Rech C, et al. Late superior mesenteric artery syndrome in paraplegia: case report and review. *Spinal Cord*. 2002 Feb;40:88-91. doi:10.1038/sj.sc.3101255. PMID 11926421
10. Pednekar J, Pednekar S, Pandey D. Superior Mesenteric Artery Syndrome: a rare cause of intestinal obstruction. p-ISSN: 2279-0861. Volume 14, Issue 2 Ver. VI (Feb. 2015), PP 59-62.
11. Neto P, Paiva R, Filho A, et al. Superior mesenteric artery compression syndrome: case report. *J Coloproctol*, 2011 Oct/Dec;31(4) 401-4.
12. Stamatakos M, Kontzoglou K, Stefanaki C, et al. Wilkie syndrome. What is this? *Chirurgia*. 2009 Jan/Feb;104(1):11-15.
13. Noorani A, Walsh S, Cooper D, Varty K. Entrapment Syndromes. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009 Feb;37(2):213-220.
14. Record JL, Morris BG, Adolph VR. Resolution of refractory superior mesenteric artery syndrome with laparoscopic duodenojejunostomy: pediatric case series with spectrum of clinical imaging. *Ochsner J*. 2015 Spring;15:74-8.
15. Rodriguez A, Romero S, Ferrarotti C, et al. Síndrome de la arteria mesentérica superior. Presentación de un caso. *Rev Argent Radiol*. 2014 Jun;78(2):96-8.
16. Clap B, Applebaum B. Superior Mesenteric Artery Syndrome After Roux-en-Y Gastric Bypass. *JSLS*. 2010 Jan/Mar;14:143-6.
17. Lima H, Maia AM, Neto APCastro. Síndrome de Artéria Mesentérica Superior. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2000 Apr;27(2):128-130.
18. Raissi B, Taylor B, Taves D. Recurrent Superior Mesenteric Artery (Wilkie's) Syndrome: a case report. *CJS*. 1996 Oct;39(5):410-416.
19. Kumar N, Rehmani B. Wilkie's Syndrome: effect or cause of severe malnutrition - an unusual case report. *The Internet Journal of Surgery*. 2013 ;29(1):1-5.
20. Unal B, Aktas A, Kemal G, et al. Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings. *Diagn Interv Radiol*. 2005 Jun;11:90-5.
21. Jiménez-Castro L, Aguirre H, Posada-López A. Síndrome de artéria mesentérica superior secundário a queimadura severa. *Rev CES Med*. 2014 Ene/Jun;28(1):139-146.
22. Zorrón R, Milcent M, Contreras M, et al. Reparo Laparoscópico de Síndrome de Artéria Mesentérica Superior: técnica de duodenojejunostomia em sutura contínua. *Rev bras videocir*. 2003 Jul/Set;1(3):87-91.

23. Agrawal S, Harshad P. Superior mesenteric artery syndrome. *Surgery*. 2013 Apr;153(4):601-2.
24. Singal R. Superior mesenteric artery syndrome: a case report. *N Am J Med Sci*. 2010 Aug;2(8):392-4.
25. Kim S, Kim Y, Seok, Min YD. SMA Syndrome Treated by Single Incision Laparoscopic Duodenojejunostomy. *Clinical Medicine Insights*. 2014 Jan;7: 87-9.
26. London Health Sciences Center. World's first robotically-assisted intestinal bypass surgery for a patient with superior mesenteric artery syndrome (SMA) syndrome, http://www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Publications/Features/SMA_Syndrome.htm

**PESO REAL VS PESO IDEAL NA DOSAGEM DOS BLOQUEADORES
NEUROMUSCULARES EM PACIENTES OBESOS:
REVISÃO LITERÁRIA**

*MORGADO, F. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário
Serra dos Órgãos.*

*MELLARA, GE. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário
Serra dos Órgãos.*

PALAVRAS-CHAVE: Bloqueador Neuromuscular, obeso, succinilcolina, atracúrio, rocurônio.

INTRODUÇÃO

Em 1943, Harold Griffith publicou um estudo com extrato de curare refinado durante a anestesia e, sendo esse o primeiro artigo sobre BNM (bloqueador neuromuscular), tornando-se logo em seguida um medicamento de rotina para os anestesiológicos. Griffith já naquela época foi capaz de observar que os bloqueadores produziam paralisia, mas não anestesia.⁸

Hoje em dia, sabe-se que existem dois tipos de bloqueadores neuromusculares, os despolarizantes e os adespolarizantes.⁸

O BNM despolarizantes, apresentam uma grande semelhança química em suas estruturas químicas de amônio biquaternário. Elas são moléculas menores e mais flexíveis que os Adespolarizantes.⁸

O BNM adespolarizantes, são compostas de estruturas mais complexas e rígidas, sendo eles altamente hidrofílico. Atualmente eles são os mais utilizados, devido a menor quantidade de efeitos colaterais, menor risco para o paciente, além de que existem drogas que podem reverter sua ação, gerando mais segurança.¹⁴

Dos BNM despolarizantes, iremos falar da Succinilcolina, que é o utilizado na prática atualmente, por ter um tempo de ação ultrarrápido. Do adespolarizantes iremos falar do Atracúrio e do Rocurônio.⁸

A obesidade mórbida é uma doença cada dia mais comum no nosso país e no mundo. O paciente obeso apresenta uma alta porcentagem de gordura corporal e caso não seja tratado, a obesidade mórbida causará diminuição significativa na expectativa de vida do paciente. A obesidade é classificada de acordo com índice de massa corporal (IMC), que é calculado como: peso, em Kg, sobre altura ao quadrado, em m. Sendo o paciente classificado como obesidade mórbida quando seu $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ mais alguma comorbidade significativa. A Sociedade Americana de Anestesiológicos estende a classificação além da obesidade mórbida, tendo assim o superobeso onde o IMC é superior a 50 kg/m^2 e o super-superobeso cujo IMC é superior a 60 kg/m^2 .¹

O paciente obeso vem se tornando cada dia mais presentes nas salas de cirurgias de todo o mundo, assim o anesthesiologista deve dominar as principais alterações fisiopatológicas dos obesos e doenças que podem estar associadas a ela, como diabetes melitus tipo II, coronariopatias e colelitíase. A taxa metabólica do paciente é proporcional ao peso do corpo, assim a demanda de O₂, a produção de CO₂ e a ventilação alveolar se encontram aumentados nesses pacientes. A grande quantidade de tecido adiposo sobre o tórax causa diminuição da parede torácica embora a complacência pulmonar possa permanecer normal. O aumento da massa abdominal força o diafragma na direção cefálica, fazendo com que os volumes pulmonares sejam sugestivos de doença pulmonar restritiva. O paciente obeso tem uma reserva maior de gordura, o que faz com que o coração tenha uma carga de trabalho maior, já que o débito cardíaco e o volume de sangue aumentam para suprir essas reservas. O que frequentemente resulta em hipertensão arterial e hipertrofia ventricular esquerda.⁸

A obesidade também afeta as funções renais e hepáticas, podendo causar alterações na farmacocinética de alguma droga anestésica, por causar alteração na sua metabolização e\ou excreção.^{2,5,3}

Peso Ideal: é o peso corrigido do paciente considerando apenas a massa magra.⁹

Na prática médica usa-se uma fórmula mais fácil para calcular o peso ideal, que é:

Peso ideal homem: Altura – 100;

Peso ideal mulher: Altura – 105;¹

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo é estudar os bloqueadores neuromusculares

Objetivo Específico

É estudar os bloqueadores neuromusculares em obesos, chegando a conclusão de qual medida de peso deve ser usado no cálculo da dose e assim na dose ideal dos fármacos.

METODOLOGIA

Foi feita uma revisão literária de vários artigos nacionais e internacionais, além de livros de anesthesiologia e farmacologia. Para que fosse possível tirar uma conclusão sobre o tema.

DISCUSSÃO

Succinilcolina

Como a pseudocolinesterase se encontra aumentada em obesos, sendo ela que metaboliza a succinilcolina, além do o tempo de ação do fármaco ser bastante rápido, nós podemos

utilizar o peso real do paciente para fazer o cálculo da dosagem da succinilcolina. Mesmo a droga sendo lipofóbica.¹

Estudos mostram que quando o peso Ideal é utilizado as condições para uma intubação ideal não são atingidas plenamente, sendo em 1/3 dos casos considerada pobre.⁶

Atracúrio

O uso do peso real está relacionado a um maior tempo de recuperação do efeito do medicamento, pois ela dificilmente se distribui pelo tecido adiposo.⁴

Por ser uma droga liofóbica e não apresentar diferença em sua metabolização entre pacientes obesos ou não, deve-se utilizar o peso ideal como base para o cálculo de sua dosagem. Sua metabolização também não é órgão depende, o que não causaria alteração no tempo de ação, caso haja alguma lesão de órgão associada à obesidade no paciente.⁸

Rocurônio

Estudo foi feito e chegou-se à conclusão que não tinha diferença na distribuição ou eliminação do Rocurônio do paciente obeso em comparação com não obeso.⁴

Assim, deve ser utilizado o peso ideal para calcular a dosagem. Pois a droga é liofóbica, tendo uma distribuição limitada no obeso, e caso o paciente tenha alguma lesão hepática, isso alterará a excreção do fármaco, resultando em uma recuperação mais prolongada.^{1,7}

CONCLUSÃO

Assim depois do tema ser pesquisado e estudado em vários livros e artigos, podemos chegar à conclusão que a dosagem de Succinilcolina, deve ser feita a partir do peso real do paciente, pois mesmo sendo uma droga lipofóbica, sua metabolização ocorre por meio da pseudocolinesterase, que no caso dos pacientes obesos, se encontram aumentadas, metabolizando a droga mais rapidamente.

No caso do Atracurônio e Rocurônio, a metabolização das drogas não seria afetada no caso do paciente obeso. Vale ressaltar que a maioria das pesquisas foram feitas em pacientes sem lesão em órgão alvo, coisa que não é tão comum na prática. No caso do Rocurônio, lesão hepáticas em pacientes obesos fará com que o tempo de duração da ação do medicamento seja aumentado. Assim, não é necessário levar em conta o volume das reservas de gordura pois as drogas são hidrossolúveis e quase não se distribuem por essas reservas.

Chegamos à conclusão, que a medida do peso corporal utilizada no cálculo dos bloqueadores neuromusculares adespolarizantes é a do Peso Ideal, pois com ele evitaríamos dar uma dose excessiva, o que aumenta a duração do efeito do medicamento em até 30 minutos após o término da cirurgia, contribuindo para o desenvolvimento de insuficiência respiratória pós-operatória, e aumento da chance do paciente vir a óbito.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- Lorentz N. M. , Albergaria F. V. , Lima S. A.F. Anestesia para Obesidade Mórbit; Rev Bras Anesthesiol 2007; 57: 2: 199-213
- 2- Casati A. , Putzu M. Anesthesia in the obese patient: Pharmacokinetic considerations Journal of Clinical Anesthesia (2005) 17, 134–145.
- 3- Schwartz EA. Matteo SR. Ornstein E. et all ;Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Vecuronium in the Obese Surgical Patient (Anesth Analg 1992;74:515-18)
- 4- Pühringer F. K., Keller C., Kleinsasser A., Giesinger S., Benzer A. Pharmacokinetics of rocuronium bromide in obese female patients European Journal o f Anaesthesiology 1999, 16, 507–510
- 5- Leykin Y. Pellis T. Lucca M. et all; The Effects of Cisatracurium on Morbidly Obese Women; Anesth Analg 2004;99:1090–4
- 6- Lemmens HJ1, Brodsky JB.; The Dose of Succinylcholine in Morbid Obesity; Anesth Analg. 2006 Feb;102(2):438-42.
- 7- Leykin Y. Pellis T. Lucca M. et all; The Pharmacodynamic Effects of Rocuronium When Dosed According to Real Body Weight or Ideal Body Weight in Morbidly Obese Patients; Anesth Analg 2004, 99:1086–1089,
- 8- Savarese JJ. Bloqueadores Neuromusculares. In: Anestesiologia Clinica Morgan EG. Mikhail SM. Murray JM. Ed. 3, 2006, Livraria e editora Revinter Ltda, pg 156-174
- 9- Pal MP, Paloucek FP; The Origin of the “Ideal” Body Weight Equations; Ann Pharmacother 2000;34:1066-9.

DATASUS: UMA IMPORTANTE FONTE DE CONSULTA PARA SE GERENCIAR A OBSTETRÍCIA BRASILEIRA.

NETO, Estenio Lopes. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos (UNIFESO).

PALAVRAS CHAVES: DATASUS; Teresópolis; Rio de Janeiro; notificação; informatização.

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é tratada com bastante desatenção e desrespeito há muito tempo. Os avanços necessários necessitam de vários enfoques, atitudes, vontade política, verbas e seriedade. Mas um dado, que tem inclusive um toque de técnica no lidar com saúde, é muito esquecido, é a computação de dados retrospectivos sobre agravos e tratamentos. Toda esta reflexão é diretamente dirigida à análise de custos, que em nosso país tem importância vital.

A primeira informação necessária é o universo que temos de mulheres em fase fértil, ou seja, quantas são passíveis de uma gestação e suas complicações. O DATASUS é capaz de fornecer estes números de acordo com a região do Brasil. Em pesquisa, encontra-se um total de 63.177.694 mulheres em idade fértil em todo território brasileiro (Região Norte com 3.065.342 [4,85%], Região Nordeste com 17.754.429 [28,10%], Região Sudeste com 26.369.673 [41,73%], Região Sul com 8.855.301 [14,01%] e Região Centro-Oeste com 4.829.365 [7,6%]). Podemos observar, pelo último censo do IBGE (ano de 2012), que cerca de um terço da população brasileira são mulheres em idade fértil.

Esta informação tem caráter muito importante, pois Dell Agnolo et al ¹ em 2014 afirmaram que em inquérito realizado no Paraná, a maioria das internações em unidades de terapia intensiva era de mulheres na idade fértil.

Várias são as estatísticas vitais que só caminham para um impacto positivo se forem abastecidas de dados. Schramm et al ², em 1997, realizaram pesquisa em 135 hospitais do Rio de Janeiro, relacionada com natomortalidade e mortalidade neonatal precoce. Os resultados analisados mostraram que 5% dos hospitais não tinham a menor condição de receber casos de alto risco, e este fato acontecia. O Sistema Único de Saúde em sua plenitude estava sendo desrespeitado.

A atualidade nos conduz à informatização das informações em saúde. Rodrigues Junior ³ é enfático em seu artigo, ao associar estas taxas com sistemas epidemiológicos de interpretação, quando poderemos reorganizar os recursos e formular políticas de saúde mais adequadas ao país. Com esta atitude poderemos ficar mais aptos a enfrentar desastres e emergências na área da saúde.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho saiu de discussões sobre incidência e prevalência dos desfechos obstétricos, que, diariamente, aconteciam na maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, durante nosso internato. Com bastante clareza percebemos que as condutas propostas para os mais diversos problemas enfrentados, saíam ou de condutas baseadas em evidências médicas já publicadas, ou da vivência dos preceptores que nos acompanhavam.

Esta observação nos despertou o interesse de procurar como podemos obter estas notas, e com elas questionar alguns fatos que são importantes: eles realmente refletem uma realidade; são levados em consideração pelas unidades de saúde; permitem que conclusões decisivas possam ser tomadas?

Nossa base principal foi o município de Teresópolis, que mesmo que tenha suas particularidades, pode ser exemplo para o resto do país.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Apresentar o principal sistema de informações em saúde, criticando os dados e propor solução para estes sejam mais fidedignos, usando como base o município de Teresópolis.

METODOLOGIA

Este trabalho de revisão bibliográfica foi associado a uma coleta de informações no sistema de dados do Ministério da Saúde – DATASUS. O pesquisador procurou o setor de informática do Centro Universitário Serra dos Órgãos, onde obteve toda uma formação para obtenção dos dados. Com a análise feita, realizou comparação com os dados existentes em nosso Hospital Universitário, pois o mesmo retrata a realidade de nossa cidade, permitindo assim uma análise crítica do sistema de dados.

RESULTADOS

Os resultados se iniciam analisando o número de partos ocorridos entre os anos de 2008 e 2015 em território brasileiro e notificados pela Declaração de nascidos vivos, que é documento obrigatório sob força de lei. Podemos notar uma média de 2 360 000 internações por ano.

O mesmo sistema apresenta algumas intercorrências da gravidez, chamando a atenção do percentual de complicações que acontecem com a gestação. O índice de internações por abortamentos e suas complicações chega a quase 10% das internações, e quase 3% do puerpério apresenta alguma razão para uma internação.

Na distribuição dos casos de descolamento prematuro de placenta e de placenta prévia notificados, por exemplo, nas 8 principais regiões geográficas do estado, temos a região metropolitana apresentando 2.013 casos (76,48%), noroeste fluminense com 12 casos notificados (0,4%), região norte com 167 casos (6,34%), região serrana com 166 casos

(6,30%), baixada litorânea com 78 casos (2,96%), médio Paraíba com 151 casos (5,7%), centro-sul fluminense com 19 casos (0,72%) e costa verde com 26 casos (0,98%); totalizando 2.632 casos em todo estado do Rio de Janeiro. Podemos perceber que a sub-notificação é geral.

Quando falamos em abortamento, também temos a certeza que existem muitas sub-notificações, ou omissões de notificações, tendo como lógica a possível clandestinidade que envolve o problema, como está demonstrado em mais uma análise ao banco de dados. Foram encontradas 58.323 notificações em todo estado do Rio de Janeiro divididos, entre as regiões, da seguinte forma: Metropolitana com a grande maioria dos casos (41.286), representando 70,78% das notificações; Região Norte Fluminense com 6.088 casos (1,04%), Região Noroeste com 463 casos (0,79%), Região Serrana com 2.962 casos (5,07%), Baixada Fluminense com 3.432 casos (5,86%), Médio Paraíba com 1.201 casos (2,05%), Centro-Sul Fluminense com 1.170 casos (2%) e Costa Verde com 1.721 casos (2,95%), também no período compreendido entre os anos de 2008 à 2015.

A distribuição dos casos de pré-eclâmpsia, principal causa de morte materna em nosso país, nas diversas regiões geográficas do estado do Rio de Janeiro também foi analisada, igualmente no período 2008-2015. Observamos que, neste intervalo de tempo, 34.938 casos foram notificados, a grande maioria na Região Metropolitana (71,24% das notificações) com 24.891 casos. As notificações nas demais regiões do estado apareceram em porcentagem demasiadamente inferior, sempre abaixo dos 10%.

Casos de hemorragias pós-parto também foram pesquisados, totalizando 501 casos no período. A Região Metropolitana reunindo 69,46% das notificações, Regiões Norte e Noroeste, juntas, cerca de 11%; Região Serrana com 23 casos (4,59%); Centro-Sul e Costa Verde, com pouco mais de 2% cada; Baixada Litorânea com 14 casos notificados (2,79%) e Médio Paraíba com 7,78%, representando 39 casos.

DISCUSSÃO

Os dados relacionados com nossa cidade de Teresópolis permitem uma série de comentários que passamos a fazer a seguir. No período que foi levantado neste trabalho (2008– 2015), foram notificados 8 355 partos vaginais únicos espontâneos. Considerando que a média histórica na cidade é de cerca de 2 200 nascimentos por ano, podemos dizer que 52,2% foi a taxa notificada. A primeira reflexão que podemos trazer é que a taxa de cesarianas está muito elevada na cidade.

A consulta ao DATASUS somente sinalizou 2 casos de hemorragia pós-parto entre 2008 e 2015. Com certeza esta complicação não está sendo notificada para o sistema. Não se trata de sub-notificação, mas sim de falta de notificação em toda a cidade.

Outros registros, que não nos parecem exatos na cidade, são os de hemorragias de terceiro trimestre (descolamento prematuro de placenta e placenta prévia), e de trabalho de parto obstruído.

Sobre o primeiro tema, desde 2012 que o Serviço de Obstetrícia do Hospital de Clínicas vem desenvolvendo uma linha de pesquisa há exatamente 3 anos, diagnosticamos 37 casos. O sistema DATASUS notifica 70 casos em 8 anos em toda a cidade. Não nos parece que a proporcionalidade esteja obedecida, quando acontecem 70 casos em 8 anos e 37 (mais da

metade) em 3 anos. Aqui podemos afirmar que existe sub-notificação ou falta de diagnóstico correto.

Uma outra discordância clara é a incidência de pré-eclâmpsia notificada. O sistema nacional fala em 398 casos em 8 anos, o que daria cerca de 4 pacientes internadas por mês com este diagnóstico. Nosso serviço tem uma linha de pesquisa, que nos últimos 5 anos diagnosticou quase 500 pacientes.

Uma complicação da gestação parece que está sendo bem notificada em nossa cidade: casos de abortamentos internados. O DATASUS cita 1 496 nos 8 anos estudados, correspondendo a média de 15 casos por mês. Quando fazemos uma análise em nosso hospital universitário, que recebe quase a totalidade destes casos, percebemos que esta deve ser a cifra verdadeira, chegando a cerca de 10% /mês.

CONCLUSÕES

O país avançou muito ao criar o sistema de dados do DATASUS do Ministério da Saúde, mas, infelizmente, o sistema não é alimentado adequadamente pelos profissionais de saúde, gerando, assim, incidências falsas, sempre com sub-valorização do desfecho.

Nossa sugestão é que em cada unidade de saúde seja implantado um setor de informatização, com característica compulsória, sob pena de lei, que alimente o sistema nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 – Dell Agnolo CM, Gravena AAF, Romeiro-Lopes TC et al. Mulheres em idade fértil: causas de internação em unidade de terapia intensiva e resultados. *ABSC Health Sci.*2014;39(2).

2 – Scrhamm JM, Szwarcwald CL, Esteves MA. Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro. *Ver Saude Publica.*2002;36(5):590-7.

3– Rodrigues Junior AL. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. *Cienc Saude Coletiva.*2012;17(3):797-805.

PNEUMOTÓRAX PRIMÁRIO ESPONTÂNEO EM GESTANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

VISCONTI, Estevão Vizeu. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Educacional Serra dos Órgãos (UNIFESO).

FUTURO, Juliana Barcellos Dias. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Educacional Serra dos Órgãos (UNIFESO).

PALAVRAS CHAVE: Pneumotórax, pneumotórax espontâneo, pneumotórax na gestante.

INTRODUÇÃO

A cavidade pleural é um espaço real de 10 a 20 μ m de espessura situado entre os dois folhetos da pleura, que contém uma fina camada de líquido com a função de lubrificar as superfícies pleurais permitindo um melhor deslizamento entre elas durante a respiração^{1,3}. Ao ocorrer alguma lesão comunicante do espaço pleural com o ambiente ou com o espaço aéreo intrapulmonar, há deslocamento contínuo de ar para a cavidade pleural até que as pressões se igualem ou se interrompa a comunicação. À esta presença de ar livre no espaço pleural é dado o nome de pneumotórax³.

Um pneumotórax pode ser classificado, quanto à sua etiologia, em espontâneo primário ou secundário e adquirido (traumático, iatrogênico, cirúrgico)^{2,3}. O pneumotórax espontâneo primário (PEP), ocorre em pacientes que não possuem doença pulmonar subjacente. É uma desordem clínica frequente com preferência para o sexo masculino, chegando a uma razão de 6:14, que acomete adultos jovens com menos de 40 anos, altos, com biótipo longilíneo e aparentemente saudáveis. Na maioria das vezes é unilateral e um pouco mais frequente à direita. Normalmente não gera distúrbios fisiológicos significativos ou tem desfecho fatal, sendo resolvido com a simples observação, aspiração por toracocentese ou dreno torácico⁵. Uma importante característica é a grande ocorrência de recidiva. Em sua fisiopatologia está implicada a ruptura de pequenas lesões ou bolhas (blebs) subpleurais. Estas pequenas bolhas de 1 a 2cm, ao se romperem, criam uma comunicação da cavidade pleural com o espaço intrapulmonar. A etiologia das blebs ainda não está totalmente esclarecida, mas existem teorias que sugerem tanto uma origem congênita quanto um mecanismo inflamatório, este, provavelmente causado pelo consumo de cigarro^{3,9}. Outra forma de ocorrer o pneumotórax, apesar de infrequente, seria através de fístulas alveolares ou 2 bronquiolares. O tabagismo aumenta consideravelmente o risco do aparecimento, e evidências apontam que a incidência é diretamente proporcional ao grau de consumo do cigarro². O pneumotórax espontâneo secundário ocorre em pacientes que já possuem uma doença pulmonar subjacente conhecida, como asma, enfisema bolhoso, tumores de pulmão primários ou metastáticos, sarcoidose, tuberculose e, principalmente, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), responsável por cerca de 45% dos casos. Surge, geralmente, após os 40 anos de idade e apresenta maior gravidade, evoluindo com uma mortalidade superior a 10%. Mesmo com um volume pequeno de ar na cavidade pleural é capaz de causar sintomas como dispneia e hipoxemia intensas.

O pneumotórax espontâneo primário em gestantes é uma entidade clínica com poucos casos reportados na literatura. É um quadro que pode gerar complicações graves tanto para a mulher quanto para o feto¹², já que a gestação, por si só, é um período delicado que promove grandes modificações no organismo materno.

O objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de uma paciente gestante acometida por um pneumotórax primário espontâneo, sua abordagem terapêutica e evolução.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Relatar um caso de pneumotórax primário espontâneo em uma gestante, sua abordagem terapêutica e evolução.

Objetivo específico

Discutir as diferentes formas de tratamento do pneumotórax espontâneo primário, realizando uma revisão da literatura, comparando com o que foi instituído na paciente.

METODOLOGIA

Relato de caso ocorrido no período entre 3 e 26 de Junho de 2016 no Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, Teresópolis - RJ.

Foi realizada uma pesquisa eletrônica de publicações utilizando o Medline (através do PubMed), biblioteca Cochrane, Scielo e LILACS. Os artigos identificados e especificamente relacionados ao tema foram avaliados segundo sua validade e suas recomendações. Foi utilizada como estratégia de busca os termos pneumothorax, spontaneous pneumothorax e pneumothorax and/in pregnancy sendo selecionados dez artigos a partir do ano de 2002.

RELATO DE CASO

WMC, feminino, 26 anos de idade, grávida de 25 semanas, deu entrada no Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano no dia três de Junho de 2016 apresentando, há um dia, tosse, dor torácica e dispnéia iniciadas subitamente ao realizar atividades cotidianas. Negou hipertensão arterial, diabetes, DPOC, asma, bronquite, uso de medicamentos, alergias ou outras doenças, assim como tabagismo, uso de drogas ilícitas e etilismo. Ao exame apresentava-se taquidispnéica e com redução do murmúrio vesicular à direita. Foi realizada radiografia de tórax em incidência pósterioanterior com proteção do abdome, que evidenciou pneumotórax com seio costofrênico obliterado à direita. Foi então internada e submetida à drenagem torácica em selo. Seguiu sendo acompanhada na enfermaria pelo serviço de Cirurgia Geral em associação com o serviço de Ginecologia e Obstetrícia para melhor avaliação fetal. Além disso, foi solicitada fisioterapia motora respiratória.

Nos dias subsequentes permaneceu com murmúrio vesicular diminuído, com fuga aérea aos esforços e sem débito. Foi realizada nova radiografia de tórax, que evidenciou persistência do pneumotórax, seio costofrênico livre e dreno de tórax algo exteriorizado, sendo então colocado novo dreno. Seguiu apresentando fuga aérea e murmúrio vesicular diminuído ao exame físico, sendo então conduzido o tratamento com aspiração contínua. Mesmo após uma semana de aspiração, permaneceu com fuga aérea aos grandes esforços. Foi realizada pleurodese, sem intercorrências. A paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro, cessando a fuga aérea no segundo dia pós procedimento, sendo retirado o dreno e dada alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial programado para 15 dias após.

Na consulta apresentou-se com melhora completa do quadro, assintomática, sem queixas de desconforto, dor ou dispnéia, com murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios ao exame físico pulmonar, sem sinais de refratariedade ou recorrência. Segue em acompanhamento com a Ginecologia e Obstetrícia para realização do parto e orientada a retornar ao ambulatório uma semana após o mesmo para nova avaliação.

DISCUSSÃO

O pneumotórax exerce compressão do tecido pulmonar reduzindo sua complacência e os volumes ventilatórios, o que prejudica a capacidade de ventilação e a difusão de oxigênio para o organismo. As consequências dependem diretamente da extensão do pneumotórax e das condições do pulmão subjacente⁷. No caso de uma gestante acometida pelo pneumotórax, por exemplo, deve ser dada atenção especial, pois o período gestacional gera, por si só, modificações no organismo materno que podem prejudicar ainda mais a homeostasia caso algum distúrbio aconteça. A ocorrência de um pneumotórax significativo com colapso pulmonar somado ao prejuízo nas funções pulmonares já modificadas pela gravidez são mal tolerados tanto pela mulher quanto pelo feto e podem causar um quadro com sintomas mais graves do que em uma pessoa não gestante.

Dor torácica e/ou dispnéia súbitas são os sintomas mais frequentemente encontrados, sendo a primeira um pouco mais comum⁷. Dependendo do tamanho do acometimento pleural, podemos notar uma redução ou abolição do frêmito toracovocal e do murmúrio vesicular à ausculta, um hipertimpanismo à percussão e uma redução da expansibilidade torácica. Os sinais vitais costumam estar normais, a não ser pela taquidispnéia apresentada.

O diagnóstico invariavelmente é estabelecido pela história e pelo exame físico do paciente, sendo confirmado por exames de imagem como a radiografia (Raio-X) de tórax, realizada com o paciente em posição ortostática na incidência posteroanterior e, em casos duvidosos, a incidência em decúbito lateral com raios horizontais (método de Hjelm-Laurell) pode ajudar³. O sinal radiológico característico é a ausência da trama pulmonar com deslocamento da pleura visceral em relação à pleura parietal causado pelo ar⁷.

Geralmente, o desfecho do PEP em gestantes é bom. O manejo deve ser realizado com base nos protocolos existentes para os casos fora do período gestacional¹². O objetivo do tratamento consiste em remover o ar do espaço pleural para alcançar a reexpansão pulmonar, promover o fechamento da fístula, facilitar a resolução do quadro e diminuir as chances de recidiva¹⁰. O PEP pode ser abordado tanto de forma conservadora quanto de forma intervencionista. A conduta varia de acordo com fatores como a etiologia do pneumotórax, o grau de acometimento pulmonar e o estado clínico em que o paciente se encontra.

O tratamento conservador pode ser adotado em um paciente com poucos sintomas, estável hemodinamicamente, com um pneumotórax pequeno (menor que 20%) que não aumente ao longo de seis a oito horas^{6,7}. Envolve a simples observação e acompanhamento do paciente, promovendo apenas suporte sintomático com analgésicos e oxigênio. O acompanhamento do quadro deve ser feito com o Raio-X de tórax para avaliar a evolução num período de 24 a 48 horas. Quando ocorre um aumento do pneumotórax, uma expansão pulmonar retardada ou piora do quadro clínico do paciente, está indicado realizar intervenção^{3,7}. Na abordagem intervencionista podem ser utilizados diversos procedimentos, como a aspiração por agulha fina (toracocentese), drenagem torácica (toracostomia) e/ou a realização de uma toracotomia ou toracosopia.

Na gravidez, são descritas variadas formas de abordagem, como drenagem torácica mantida durante o parto, toracotomia intraparto, indução de parto prematuro ou cesariana, entre outras⁵. De uma forma geral, parece não haver tantas diferenças no desfecho independente da abordagem inicial ofertada. O mais importante é que a paciente seja acompanhada de perto, avaliando de forma seriada os sinais vitais, a dinâmica pulmonar e, caso necessário, o Raio-X de tórax para que a refratariedade ou persistência do pneumotórax sejam percebidas e abordadas precocemente.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados não apontam de forma uniforme para o melhor método a ser empregado inicialmente. Pelo contrário, muitas vezes discordam entre si. No caso de uma gestante, deve ser considerado o estado clínico da paciente e do feto para a escolha do procedimento ideal, para evitar exposição a riscos desnecessários como exposição à radiação excessiva no caso da tomografia computadorizada ou aos anestésicos para realização de uma toracotomia ou toracosopia.

REFERÊNCIAS

- 1- Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Anatomia orientada para clínica. 6th edition. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda; 2010.
- 2- Andrade Filho LO, Campos JRM, Haddad R. Pneumotórax. J Bras Pneumol. 2006 ; 32(Supl 4):S212-S216.
- 3- Conde MB, Marsico GA. Pneumotórax. In: Conde MB, Souza GRM. Pneumologia e Tisiologia: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu editora; 2009. 305-14.
- 4- Beyruti R, Villiger LEO, Campos JRM, Silva RA, Fernandez A, Jatene FB. A válvula de Heimlich no tratamento do pneumotórax. J Pneumol. 2002 May-Jun;28(3):115-9.
- 5- Lal A, Anderson G, Cowen M et al. Pneumothorax and Pregnancy. Chest J. 2007 Sep;132(3):1044-8.
- 6- King TC, Smith CR. Parede torácica, pleura, pulmão e mediastino. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Husser WC. Princípios de cirurgia. 6th ed. Nova Friburgo: Imagem virtual; 1996. 593-701.

- 7- Sugarbaker DJ, Lukanich JM. Parede torácica e pleura. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Tratado de cirurgia:a base biológica da prática cirúrgica moderna. 18th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 1553-72.
- 8- Chen JS, Hsu HH, Huang PM et al. Thoracoscopic Pleurodesis for Primary Spontaneous Pneumothorax With High Recurrence Risk: a prospective randomized trial. *Ann Surg*. 2012 Mar;255(3):440-5.
- 9- Ashby M, Haug G, Mulcahy P, Ogden KJ, Jensen O, Walters JAE. Conservative versus interventional management for primary spontaneous pneumothorax in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jun;Issue 12.Art.No.:CD010565.
- 10- Wakai A, O'Sullivan R, McCabe G. Simple aspiration versus intercostal tube drainage for primary spontaneous pneumothorax in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;Issue 1.Art.No.:CD004479.DOI:10.1002/14651858.CD004479.pub2.
- 11- D. Gossot, D. Galetta, J. B. Stern, D. Debrosse, R. Caliandro, P. Girard, D. Grunenwald. Results of thoracoscopic pleural abrasion for primary spontaneous pneumothorax. *Surg Endosc*. 2004 Feb;18:466–471.
- 12- Wilson B, Burt B, Baker B et al. Fetal Heart Rate Monitoring During Surgical Correction of Spontaneous Pneumothorax During Pregnancy: lessons in in utero resuscitation. *Obstet Gynecol*. 2016 Jan;127(1):136-8.
- 13- Nwaejike N, Elbur E, Rammohan K, Shah R. Should pregnant patients with a recurrent or persistente pneumothorax undergo surgery?. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2013 Aug;17(2013)988–990.
- 14- Zehtabchi S, Rios CL. Management of Emergency Department Patients With Primary Spontaneous Pneumothorax: Needle Aspiration or Tube Thoracostomy?. *Ann Emerg Med*. 2008 Jan;51(1):91-100.

PÉ TORTO CONGÊNITO TRATAMENTO PELO MÉTODO DE PONSETI NA LITERATURA BRASILEIRA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS.

MIBIELLI, Marco Antônio Naslauský. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

CESAR, Luiz Frederico Trabone. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

ALMEIDA, Evelyn de Oliveira. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVES: Pé torto congênito, Tratamento Ponseti, Deformidade congênita do pé.

INTRODUÇÃO

O Pé Torto Congênito (PTC) é uma deformidade ortopédica congênita mais comum, acometendo aproximadamente 1 em cada 1000 nascidos e necessita de um tratamento intensivo⁽¹⁾.

Além disso, dentre os defeitos musculoesqueléticos congênitos, o PTC quando não tratado, é a principal causa de incapacidade física⁽²⁾.

De acordo com Chueire et al.⁽¹⁾, o tratamento para PTC vem sendo um desafio. Os primeiros relatos são do século XIX, com uso de aparelhos de manipulações forçadas.

Cury et al.⁽²⁾ apontam que, apenas no final da década de 90, os métodos conservadores retornaram como opção terapêutica através da técnica de Ponseti. Visto que, de modo concordante com Lara et al.⁽³⁾, o método é menos agressivo e reduziu significativamente a necessidade de cirurgias extensas obtendo resultados satisfatórios.

Nesse sentido, a finalidade desse artigo baseia-se na análise descritiva dos resultados do tratamento desta patologia pela técnica desenvolvida por Ponseti, a qual está sendo cada vez mais utilizada nos últimos anos, avaliando assim sua eficácia.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é avaliar a eficácia do tratamento do Pé Torto Congênito pelo método de Ponseti nos últimos 10 anos.

MÉTODO DE ESTUDO

Para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica de modo descritivo sobre tratamento do pé torto congênito pelo método de Ponseti nos últimos 10 anos, abarcando fontes da literatura brasileira. As bases de dados consultadas foram: Revista Brasileira de Ortopedia (RBO) e LILACS. O período de pesquisa incluiu estudos publicados entre 2006 até 2016. Os descritores utilizados para a busca de artigos foram: PÉ TORTO CONGÊNITO, PÉ TORTO, PONSETI.

RESULTADO

Foram avaliados artigos da Revista Brasileira de Ortopedia (RBO) e da Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba e foi feita a descrição individual de cada estudo:

Pelo estudo retrospectivo de Jaqueto et al.⁽⁵⁾ foram analisadas 31 crianças com Pé torto congênito (PTC) tratadas pelo método de Ponseti entre o período de abril de 2006 e setembro de 2011. Desses pacientes, 20 (64,5%) tinham acometimento bilateral e 11 (35,5%) unilateral. Além disso, 20 (64,5%) eram do sexo masculino e 11(35,5%) feminino. A tenotomia do tendão de Aquiles foi necessária em 26 pacientes (84%). Destes, foram observadas 6 recidivas. Como resultado final, obtiveram melhora em 46 dos 51 pés tratados. Concluíram, após esse estudo, que o método de Ponseti se mostrou eficaz no tratamento de pé torto congênito em relação aos resultados funcionais e clínicos.

De acordo com Maranhão e Volpon⁽⁴⁾ o método de Ponseti é uma técnica que está sendo amplamente difundida, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, devido aos seus bons índices de correção obtidos que se aproximam de 90% enquanto que, na técnica de Kite, cerca de 50% dos casos requerem intervenção cirúrgica e cerca de 40% apresentam deformidade residual.

Na pesquisa feita por Chueire et al.⁽¹⁾, foram analisadas retrospectivamente 26 crianças com PTC tratadas pelo método de Ponseti no período de Agosto de 2003 a maio de 2012. A avaliação foi baseada em um esquema de pontuação que levava em consideração o exame físico e a resposta de um questionário. A pontuação média relatada foi de 89,76 (sendo o escore excelente: 100-90, bom: 89-80, regular: 70-79 e ruim: menor que 70) e, conforme a pesquisa, 57% responderam que os pés nunca doem, 73% responderam que estão muito satisfeitos com os resultados e 23% estão satisfeitos com o resultado. Logo, concluíram que o tratamento de PTC pelo método de Ponseti é o que traz melhores resultados e está associado a menor lesão de partes moles.

No estudo de Lara et al.⁽³⁾, foram avaliados os resultados do tratamento de 229 pés tortos congênitos idiopáticos pelo método de Ponseti no período de 2001 a 2011.

Nessa pesquisa, analisaram retrospectivamente 155 pacientes no Hospital Universitário de Taubaté e estes foram divididos em 2 grupos, baseando-se no tempo de seguimento do tratamento:

Grupo I com 72 pacientes (109 PTC – 47,6%) com seguimento de 62 a 128 meses (média de 85) e Grupo II com 83 pacientes (120 PTC – 52,4%) com seguimento de quatro a 57 meses (média de 33,5).

Os resultados observados foram satisfatórios em 85,4% dos pés no Grupo I e em 97,5% no Grupo II. A média do número de gessos trocados foi de 9,5 no Grupo I e de sete no Grupo II. Foi relatado a necessidade de tenotomia percutânea do calcâneo em 67% dos pés do Grupo I e 65% do Grupo II. A recidiva das deformidades ocorreu em 41 (37,6%) pés do Grupo I; desses, 11 foram operados. No Grupo II, recidivaram 17 (14,1%) pés; desses, três evoluíram para cirurgia.

Pelo resultado final desse estudo, concluíram que o método de Poseti foi eficaz para o tratamento do PTC e mostrou resultado satisfatório em ambos os grupos, com baixo número de indicações cirúrgicas e de complicações e os resultados obtidos foram estatisticamente superiores no Grupo II quando analisados correção das deformidades, número de gessos, recidivas e indicação cirúrgica.

No estudo realizado por Cury et al.⁽²⁾, foram analisados 92 crianças com diagnóstico de pé torto congênito idiopático no período de 2005 a 2014 e que realizaram o método de Ponseti como tratamento. Foi relatado que 87 desses pacientes (94,5%) foram submetidos à tenotomia. A média de troca de gesso observada foi 9.

Como resultado final, obtiveram um total de 71 resultados satisfatórios (77,17%) e 21 (22,82%) insatisfatórios.

Foi avaliado também a relação do uso da órtese na eficácia do tratamento e dividiram os pacientes em 3 categorias: Uso correto da órtese; Não usaram a órtese; Uso irregular da órtese;

Notaram que, dentre os 56 pacientes que usaram a órtese corretamente, 53 (94,6%) tiveram o resultado do tratamento considerado como satisfatório e apenas três apresentaram resultados insatisfatórios (5,4%). Já no grupo que não usaram a órtese, observaram que dos 9 pacientes, apenas 1 apresentou resultado satisfatório (11,1%) e 8 (88,9%) não satisfatório. Quanto ao grupo que fez uso irregular da órtese foi observado que, dos 27 pacientes, 17 apresentaram resultado satisfatório (63%) e 10 insatisfatório (37%). Assim sendo, concluíram que a utilização da órtese de forma correta é essencial para o resultado satisfatório da correção do PTC idiopático pela técnica de Ponseti.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método de Ponseti foi divulgado em 1963 sendo desacreditado pelos cirurgiões ortopédicos da época por causa do alto número de recidivas em curto prazo. Porém, com aprimoramento do mesmo, readquiriu espaço como opção terapêutica para o Pé Torto Congênito na década de 1990, com os bons resultados e que atualmente está sendo amplamente difundida.

De modo concordante com as pesquisas analisadas, a técnica de Ponseti é conservadora, simples, com baixos índices de complicações e recidivas, e está associado a menor lesão de partes moles. Além de ter se mostrado eficaz em vista da quantidade significativa de resultados satisfatórios de acordo com desfecho das pesquisas.

Logo, nos últimos 10 anos, o tratamento de Pé Torto Congênito pelo método de Ponseti se mostrou adequado, com bons resultados, baixos índices de complicações e recidivas. Porém, há poucos estudos recentes no Brasil sobre este tema.

REFERÊNCIAS

1. CHUEIRE, A.J.F.G. et al. Tratamento do pé torto congênito pelo método de Ponseti. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, v. 51, n. 3, p. 313–318, 2015.
2. CURY, L.A. et al. Análise da eficácia do tratamento pelo método de Ponseti no pé torto congênito idiopático. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 33 - 36, 2015.
3. LARA, L.C.R. et al. Tratamento do pé torto congênito idiopático pelo método de Ponseti: 10 anos de experiência. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, v. 48, n. 4, p. 362-367, 2013.
4. MARANHO, D.A.; VOLPON, J.B. Pé torto congênito. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo, v. 19, n. 3, p.163-169, 2011.
5. JAQUETO, P.A. et al. Resultados funcionais e clínicos alcançados em pacientes com pé torto congênito tratados pela técnica de Ponseti. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, p. 1-5, 2016.

HISTÓRIA DA CIRURGIA DE CATARATA

FONTES, Fábio Assis Moreira. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO)

PALAVRAS-CHAVE: catarata, anatomia ocular, cristalino e história da cirurgia de catarata.

INTRODUÇÃO

A Catarata é a principal causa de cegueira reversível no mundo. Ela se define como qualquer opacidade presente no cristalino que leve à redução da acuidade visual. As principais etiologias são: senis, congênitas, traumáticas e secundárias à outras patologias.¹

Dentre os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da Catarata pode-se citar: o uso abusivo de esteroides, substâncias tóxicas como a nicotina, doenças metabólicas, infecções (a exemplo: Toxoplasmose), cirurgias oftalmológicas prévias e desnutrição.⁴

O tratamento de tal patologia é basicamente cirúrgico e é realizado há muitos anos, primeira técnica só foi descrita no século I, onde se realizou o deslocamento do cristalino da câmara vítrea. No entanto, somente em 1650 Rolfinck descreveu a patologia como o processo de opacificação do cristalino.⁵

OBJETIVO

A presente Revisão Bibliográfica visou expor e esclarecer a definição da Catarata, bem como suas principais etiologias, processo fisiopatológico, diagnóstico e tratamento. De modo que, o enfoque principal foi dado à história dos procedimentos cirúrgicos adotados ao longo dos anos.

METODOLOGIA

Foram utilizadas para a revisão bibliográfica materiais encontrados em bancos de dados como: Scielo, Manual da CBO, MedLine e livros textos que evidenciavam tanto os conhecimentos sobre a catarata quanto o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas utilizada para terapêutica, dando enfoque aos novos procedimentos.

DESENVOLVIMENTO

Catarata: Definição, Fisiopatologia E Classificação

A catarata é caracterizada por qualquer opacidade do cristalino que não precisa necessariamente afetar a visão. A causa mais comum de catarata é o envelhecimento, mas

existem outros fatores que podem estar envolvidos como: traumatismo, toxinas, doenças sistêmicas e hereditariedade. É a maior causa de cegueira considerável tratável nos países em desenvolvimento. No mundo existem cerca de 45 milhões de cegos no mundo e desses, 40% são em decorrência da catarata. Ainda não está bem definida a patogenia da catarata, mas as lentes com catarata são caracterizadas por agregados protéicos que acabam dispersando raios luminosos e reduzem a transparência. Além disso existem outras alterações protéicas resultam em uma coloração amarelada ou acastanhada.

A catarata pode ser classificada de acordo com o período em que a opacificação do cristalino ocorreu. Essa classificação pode ser congênita ou adquirida. As cataratas congênicas são as que surgem em crianças antes mesmo do nascimento. Isso ocorre caso, até o fim do primeiro trimestre a gestante adquirir alguma doença, entre elas, sarampo, rubéola entre outras, e como consequência pode haver uma lesão do epitélio no ectoderma primitivo que dá origem ao cristalino do feto. Esse tipo de catarata nunca produz uma opacificação total a esse tipo de catarata também dá-se o nome de catarata imatura. Logo, elas não evoluem e as crianças conseguem ter uma visão razoável. As cataratas congênicas também existem tipos distintos sendo as polar anterior e a zonular. A cataratas adquiridas apresentam como principal causas o traumatismo, a senilidade e outras doenças que geram distúrbios endócrinos. Elas serão classificadas de acordo com a sua causa, logo, existem: catarata senis, cataratas traumáticas, as cataratas metabólicas e a catarata induzida por fármacos.

O exame oftalmológico quando realizado de forma adequada é capaz de diagnosticar a catarata mesmo precocemente. Em fases mais tardias pela evolução da doença a pupila se torna esbranquiçada, impossibilitando o exame de fundo de olho. É importante salientar que a redução da acuidade visual está relacionada tanto ao tipo quanto a densidade da catarata. Esse processo de condensação do núcleo que ocorre de forma progressiva com o avançar da idade resulta em esclerose nuclear e nesses casos, os sintomas iniciais pode ser o aumento da visão para pouca distância sem o uso de óculos, que ocorre por conta do índice refrativo do cristalino central que cria um desvio mimioptico na refração.⁷

DIAGNÓSTICO

Para fechar o diagnóstico de Catarata deve-se associar a queixa do paciente com os achados do exame oftalmológico. As queixas mais comuns são: redução da acuidade visual, combinada com sensação de “enevoamento” ou “vistas embaçadas” e sensibilidade à luz.⁸ A terapêutica cirúrgica deve ser indicada de acordo com os achados em exames completos, necessários também para o planejamento cirúrgico, escolha da técnica a ser utilizada e pesquisa de doenças associadas. Os exames recomendados são: Biomicroscopia do segmento anterior (Avalia a córnea e a íris.¹⁰). Tonometria de aplanção: realizado para aferir a pressão intraocular. Biometria: principal finalidade é a medida do comprimento axial do globo ocular⁹, Mapeamento de Retina ou Oftalmoscopia Indireta,² Topografia Corneana: usado para determinar o valor da curvatura da córnea e cálculo do valor dióptrico da lente intraocular.³ Ecografia B ou Ultrassonografia do globo ocular: Avalia todo o segmento posterior.⁴ Microscopia

especular: útil na mensuração do endotélio corneano.⁵ Teste de Sensibilidade ao Contraste: destinado para os casos de catarata incipiente.⁶

TRATAMENTO: DO SÉCULO I AOS DIAS ATUAIS

O conhecimento da anatomia do olho humano começou a ser descrito desde os anos 350-400 a.C por Hipócrates e Aristóteles, logicamente que com alguns erros. A primeira descrição do cristalino com a cápsula e suas estruturas zonulares data do século I por Rufus, Celsus e Galeno. Posteriormente, esta teoria foi questionada por Ibn Rushd, em 1150, propondo que a retina seria responsável pela visão e não o cristalino, como se acreditava. No entanto, somente em 1515 quando Vesalius confirmou a funcionalidade da retina e Francisco Manrolycus, a função do cristalino.

Com o passar dos anos, várias técnicas foram desenvolvidas, a exemplo da dilaceração do cristalino e da distribuição destes fragmentos no vítreo, porém essas práticas caíam em desuso a cada equipamento que surgia e também com os resultados desanimadores que algumas apresentavam.

A facoemulsificação é, atualmente, a escolha para o tratamento da Catarata, e consiste em fragmentar e aspirar o cristalino. Essa prática começou a ser empregada no século III por Antyllos. Mas foi Abul Quasim Ammar que registrou com detalhes a técnica da facoemulsificação, a qual naqueles tempos já era realizada sem amplas aberturas do olho.

O primeiro grande passo foi a anestesia geral, que facilitou a tolerância do paciente ao procedimento e assim auxiliou na manipulação do olho pelo médico. Com o avançar dos anos as técnicas anestésicas foram se aperfeiçoando e em 1928, Anton Elsching propõe a técnica de injeção retrobulbar, na tentativa de imobilizar e anestésiar o globo ocular.

O segundo acontecimento foi o início do uso de suturas para o fechamento das feridas. O pioneiro nesse contexto foi Henry Willard Willians usando uma agulha de costura e um fio fino de seda, materiais que não deram credibilidade à sua técnica, permanecendo esquecida por mais de 30 anos. Quando Jean Eugene Kalt reintroduziu a prática, porém dessa vez utilizando um material mais adequado para as cirurgias oftalmológicas.

O terceiro advento veio com Albrecht Von Graefe, em 1864, quando ele propôs uma nova incisão, menor, mais eficiente e menos invasiva, o que aumentou consideravelmente o sucesso do procedimento, reduzindo o número de infecções oftalmológicas após o procedimento.

Desse modo, após todos esses novos procedimentos, a técnica intracapsular ganhou espaço, principalmente no período entre as duas grandes Guerras Mundiais, tornando-se o método eleito para o tratamento da Catarata.

Após a II Guerra Mundial, grandes avanços ocorreram e novos equipamentos surgiram, inicialmente apareceram as lupas e mais tarde os microscópios adaptados para a oftalmologia. Ainda nessa época, surgiram novos procedimentos que facilitaram a remoção do cristalino, o primeiro foi o surgimento de uma enzima capaz de desfazer a zônula e em seguida, foi proposta a crioextração, aperfeiçoando a técnica intracapsular.

No entanto, em meados da década de 60, a cirurgia extracapsular resurge e ganha força, o que se deve à introdução de técnicas baseadas na aplicação de lentes, as quais inicialmente eram grandes e pesadas, fazendo com que as complicações fossem frequentes.

Dez anos mais tarde, Cornelius conseguiu desenvolver uma lente adequada ao olho humano, aprimorando os conceitos sobre as lentes intra-oculares de Ridley. Além disso, ele determinou que a melhor técnica a ser usada para o implante das lentes seria a cirurgia extracapsular.

Em 1965, Kelman tem a ideia de adaptar o equipamento de ultrassonografia utilizado pelos dentistas para fragmentar o cristalino sem que amplas incisões fossem realizadas. Desse modo, a facoemulsificação era feita através de uma abertura na cápsula anterior, posteriormente o cristalino era fragmentado e aspirado pela cânula. Assim, a cirurgia era feita de modo fechado, sem grandes incisões e com redução da exposição do globo ocular. Nos países desenvolvidos, a facoemulsificação é a técnica mais usada, já nos países em desenvolvimento a extração extracapsular é mais frequente. Além disso, quanto maior o desenvolvimento tecnológico a cerca dessas práticas, maior o tempo para a compreensão e aprendizagem das mesmas.⁷ Após a remoção da Catarata, realiza-se o implante das lentes intraoculares (LIO) ou cristalino artificial.

No pós-operatório, o paciente deve ser orientado para se movimentar com cautela e que evite fazer movimentos bruscos e exercícios físico extenuantes, por cerca de um mês. O olho deve ser ocluído por um dia e caso o paciente responda bem, nos próximos dias podem ser usados óculos escuros ou tampões.¹¹

CONCLUSÃO

A partir da busca em artigos e periódicos para esclarecimento do assunto abordado, foi possível concluir que a catarata se apresenta como um problema de saúde pública e que ao longo dos últimos anos houve uma intensa mudança nos procedimentos utilizados no tratamento da catarata. A isso se deve ao surgimento da anestesia, desenvolvimento de suturas intraoculares, as lentes intra-oculares e a partir da Segunda Guerra Mundial os microscópios. Todos esses novos materiais facilitaram o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas que além de levarem a cura do paciente reduzem o número de complicações que antes eram responsáveis por grande parte do insucesso dos procedimentos. No momento as técnicas mais utilizadas são a extração extracapsular e a facoemulsificação, esta última apresenta, a partir da melhoria da técnica, diversos benefícios e entre eles pode-se listar uma recuperação visual mais rápida, não há necessidade de sutura e o paciente pode retornar as suas atividades diárias mais rapidamente, e por isso tem sido a de maior escolha entre os oftalmologistas.

REFERÊNCIA

1. Yamada M, Mizuno Y, Miyake Y. A multicenter study on the -related quality of life of cataract patients: baseline data. *Jpn J Ophthalmol.* 2009;53(5): 470-6.
2. Boyd BF. In: Boyd BF, editor. *The art and the science of cataract surgery.* Panamá: Highlights of Ophthalmology; 2001. p.11-34.

3. Corrêa ZMS, Goldhardt R, Marcon AS, Marcon IM. Achados ecográficos em pacientes com catarata total. *Arq Bras Oftalmol* 65; 609-13.
4. Congdon NG. Prevention strategies for age related cataract: present limitations and future possibilities. *Br J Ophthalmol* 2001; 85:516-20.
5. Souza EV, Rodrigues MLV, Souza NV. História da cirurgia da catarata. *Med. Ribeirão Preto*. 2006; 39 (4): 587-90.
6. Nordlund ML, Marques DM, Marques FF, Cionni RJ, Osher RH. Techniques for managing common complications of cataract surgery. *Curr Opin Ophthalmol* 2003; 14:7-19.
7. Crary J. In: *Techniques of the observer*. Cambridge: MIT Press, 1990
8. Vaughan D, Asbury T, Riordan-Eva P. *Oftalmologia Geral*. 15. ed. São Paulo: Atheneu; 2003
9. Faria FCP. *Manual de biomicroscopia do cristalino*. S.n.t.
10. Corrêa ZMS, Goldhardt R, Marcon AS, Marcon IM. Achados ecográficos em pacientes com catarata total. *Arq Bras Oftalmol* 65; 609-13.
11. Lacava AC, Centurion V. Teste de sensibilidade ao contraste e teste de ofuscamento no paciente portador de catarata. *Arq Bras Oftalmol* 1999; 62:38-43.
12. Carlos Eduardo Leite Arieta, Marco Antônio Rey de Faria. *Série Oftalmologia Brasileira – Cristalino e Catarata*. 3º ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2013 – 2014.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*PEREZ, Mario Castro Alvarez. Docente do Curso de Graduação em Medicina no
entro Universitário Serra dos Órgãos.*

*REYNOL, Felipe Gomes. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro
Universitário Serra dos Órgãos.*

PALAVRAS-CHAVE: DHGNA, Esteatose hepática, Cirrose

INTRODUÇÃO

A Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA) é uma patologia clínica, que pode ser definida por acúmulo de gordura no fígado. A mesma exige que haja evidência hepática de esteatose, histológico ou por imagem e não exista acúmulo secundário de gordura hepática, como consumo de álcool, uso de medicações esteatogênicas, distúrbios hereditários entre outros. A forma inflamatória (Esteato-hepatite não alcoólica – EHNA) pode levar a fibrose avançada com evolução para cirrose até hepatocarcinoma.

Comumente a DHGNA está relacionada com algumas patologias de base como a diabetes mellitus, obesidade e síndrome metabólica, sendo agravada quando não percebida e não tratada adequadamente.

Já não tão frequente a doença pode ter como fator de risco também produtos químicos, medicamentos e anabolizantes, entre outros.

OBJETIVO

A presente Revisão Bibliográfica teve como objetivo expor os fatores de risco, evolução da doença hepática gordurosa não alcoólica, seu diagnóstico e tratamento, demonstrando não só seu poder de evolução para esteatose hepática, cirrose e carcinoma hepatocelular, mas também visando a importância do tratamento e diagnóstico precoce para melhor prognóstico do paciente.

METODOLOGIA

Foram pesquisados para a revisão bibliográfica bancos de dados como: BVS, Manual da SBH, e livros textos, que contribuíssem com o conhecimento sobre o tema.

Epidemiologia:

Avaliar pacientes com DHGNA sempre foi uma tarefa muito difícil pois, além de ser uma patologia assintomática, ainda não há nenhum método ideal para a investigação. A

ultrassonografia se mostrou o método mais barato e ao mesmo tempo eficaz para diagnosticar esteatose, mas mesmo assim sem ter a especificidade de diagnosticar a doença não alcoólica. A incidência de DHGNA tem sido investigada em um número limitado de estudos.

Estudos epidemiológicos têm revelado que a DHGNA é um problema de saúde pública, acometendo 20-40% dos indivíduos testados na dependência da prevalência da obesidade na população estudada

A obesidade é o fator de risco mais comum em pacientes com DHGNA, em pacientes com obesidade grave e submetidos a cirurgia bariátrica a prevalência pode chegar a 90% e o risco de estes pacientes já terem evoluído para cirrose é de 5%.

Dois estudos sobre ultrassonográficos em pacientes com o fator de risco diabetes mellitus tipo 2 também confirmaram a alta incidência da DHGNA. A prevalência de indivíduos com esteatose hepática e dislipidemia foi estimada em 50%

História Natural

O Paciente portador da DHGNA em geral tem pequeno potencial de evolução da doença para a EHNA. Cerca de 80% dos pacientes que são diagnosticados e tratam a doença com medidas gerais de mudança de estilo de vida, dietética, e alguns incluindo medicamentos, estabilizam-se na DHGNA sem evoluir para nenhum grau de inflamação ou fibrose. Outros 20% têm risco de evolução para esteatose hepática. A porcentagem dos que evoluem para uma cirrose é de cerca de 20% e dos que estabilizam na esteatose, 80%. Dos pacientes que evoluem para cirrose, 40 a 60% podem desenvolver carcinoma hepatocelular, e 26% dos que não desenvolvem podem evoluir para insuficiência hepática.

O prognóstico do paciente com DHGNA é muito bom, sua sobrevida acompanha os gráficos de um paciente que tem apenas fatores de risco para doenças cardiovasculares, como dislipidemia, resistência à insulina, e síndrome metabólica. Conforme aumenta o grau de fibrose, inflamação e balonização dos hepatócitos, também ocorre a piora prognóstica, assim como a diminuição de sobrevida por insuficiência hepática, ou eventos cardiovasculares.

Indivíduos com DHGNA possuem uma inibição da oxidação de ácidos graxos, refletida na diminuição da captação e utilização da glicose como combustível, o que sugere a possibilidade de que a RI possa ser um defeito intrínseco da doença e que a menor resposta à insulina nos adipócitos estimule a lipólise tecidual, contribuindo para o acúmulo progressivo de lipídios nos hepatócitos por um maior fluxo de ácidos graxos livres no fígado³⁶. Esses estoques de lipídios podem atingir níveis tóxicos e exacerbar a produção de espécies reativas de oxigênio no fígado, estimulando a multiplicação de macrófagos e a produção de TNF- α , que interferem também na sensibilidade insulínica³⁷. Assim, a peroxidação lipídica anormal resultará em dano hepático direto, com inflamação e até fibrose.

Diagnóstico:

Em sua grande maioria pacientes com DHGNA não apresentam sinais ou sintomatologia clínica específica da doença. Pode estar presente no exame físico a hepatomegalia.

O diagnóstico ou hipótese diagnóstica normalmente é feito acidentalmente em investigação após exames laboratoriais que vieram com alterações de perfil lipídico, enzimas hepáticas ou ultrassom de abdome realizados por outro motivo.

A elevação de aminotransferase do aspartato ou da aminotransferase da alanina discreta ou moderada é, em geral, o dado mais comum em pacientes com DHGNA. A relação AST/ALT é geralmente menor que 1, podendo estar aumentada quando ocorre fibrose diminuindo a acurácia em pacientes com DHGNA. A GGT, e FFA podem estar aumentadas mas inferiores ao níveis alcançados na Hepatite Alcoólica. Hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia e tempo aumenta aumentado de protrombina podem mostrar sinais de evolução da DHGNA para cirrose.

A USG tem sensibilidade de 89% e especificidade de 93% na detecção de esteatose, e sensibilidade e especificidade de 77 e 89%, respectivamente de detectar um aumento fibrótico. A biopsia hepática é padrão ouro, também é útil para ver o efeito do tratamento médico e prognóstico mas usado apenas em estudos científicos.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com a doença hepática alcoólica, sendo descartado na anamnese sempre o uso de álcool superior a 20gramas para mulheres e 30 gramas para homens, lembrando que alcoólatras costumam subestimar sua ingestão de álcool.

Outros métodos não invasivos vêm sendo desenvolvidos para avaliar a presença e determinar a quantidade de esteatose hepática. A elastografia hepática transitória (EHT) foi proposta para avaliar a elasticidade tissular em pacientes com doenças hepáticas crônicas e estimar o grau de fibrose. O FibroScan® (Echosens, França) foi o primeiro dispositivo desenvolvido para medir a elasticidade hepática como alternativa à biópsia. Poucos estudos foram desenvolvidos até o momento, porém os mesmos têm mostrado boa acurácia para detecção e quantificação da esteatose. Esse novo método tem sido capaz de diagnosticar níveis tão baixos como 5% de esteatose.

Tratamento:

O principal objetivo no tratamento de DHGNA é eliminar/diminuir a doença de base (obesidade, resistência à insulina, dislipidemia) usando bases de evidencias científicas impedindo assim a progressão da doença. Para a doença mais avançada, EHNA deve se fazer o controle de fator de risco para DHGNA e medidas de comportamento. Inicialmente são necessários: mudança no estilo de vida, exercícios físicos e hábitos alimentares. A atividade física reduz a massa gorda transformando-a em massa magra, melhora o metabolismo lipídico, diminui a resistência à insulina, e contribui para o controle da pressão arterial diminuindo risco cardiovascular. A dieta deve ser orientada por profissional da nutrição, visando a diminuição de peso, melhora do quadro dislipidêmico e redução gradual de peso, dando assim caráter multiprofissional para o tratamento. ⁴

O tratamento farmacologico ainda está sendo muito estudado mas já há evidencias de que o paciente em uso de antioxidantes e vitamina E ou glitazonas diminuíram as aminotransferases, a esteatose hepática e a inflamação lobular, porém não houve melhora na pontuação da fibrose ou na inflamação portal.

REFERENCIAS

1. Cotrim HP, Tratamento da DHGNA/NASH; Programa de educação médica continuada, Sociedade brasileira de hepatologia. 2012
2. Caderno Monotematico da sociedade brasileira de Hepatologia; Doença hepática gordurosa não alcoólica;
3. Naga Chalasani; The Diagnosis and Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association; AASLD PRACTICE GUIDELINE, 2007
4. Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease. N Engl J Med 2002; 346:1221-31
5. Angulo P, Keacj JC, Batts KP, Lindor, KD. Independent predictors of liver fibrosis in patients with nonalcoholic steatohepatitis Hepatology 1999; 30;356-62
6. Soler GLN, Silva AWSM, Silva VCG, Teixeira RJ. Doença hepática gordurosa não-alcoólica: associação com síndrome metabólica e fatores de risco cardiovascular. Rev SOCERJ. 2008;21:94-100.

AUTISMO E VITAMINA D: FATOR DE RISCO AMBIENTAL?

NASCIMENTO, Luiz Guilherme Peixoto de. Docente do Curso de Graduação de Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos

GUIMARÃES, Flora Maria Abdo. Docente do Curso de Graduação de Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos

PALAVRAS-CHAVES: Autismo, Vitamina D, Neuroesteróide, Sistema Nervoso

INTRODUÇÃO

O autismo é um distúrbio global do desenvolvimento. É uma doença neuropsiquiátrica, cujo o quadro clínico manifesta-se com déficits variáveis de linguagem, comportamento e interação social. Sua etiologia ainda é incerta. Sabe-se, entretanto, que possui uma forte base genética polimórfica e um padrão de hereditariedade não Mendeliano. Seu diagnóstico é feito na primeira infância, geralmente quando a criança perde marcos do desenvolvimento. Nas últimas décadas, tem sido evidenciado um aumento significativo na incidência desta doença. Apesar deste aumento ser atribuído a um melhor processo diagnóstico ¹, dados epidemiológicos apoiados por pesquisas moleculares e em animais tem proposto que a deficiência da vitamina D esteja associada a este novo perfil epidemiológico como um possível gatilho ambiental ³.

OBJETIVO

Geral

Comentar a possibilidade da Vitamina D como gatilho ambiental no autismo.

Específicos

(1) Apresentar uma revisão bibliográfica sobre o autismo e a vitamina D, comentando aspectos que possibilitam esta associação, expondo trabalhos científicos e também os (2) questionamentos gerados a respeito dessa possível associação.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado com base em revisão bibliográfica na base de dados Pubmed, BVS, Scielo e Cochrane, tal como livros das especialidades bioquímica, fisiologia e pediatria. Essa pesquisa foi realizada em português e inglês.

DISCUSSÃO

A vitamina D atualmente é considerada um neuroesteroide que se liga a receptores nucleares, influenciando a expressão gênica e, por conseguinte, a transcrição de proteínas. Evidências atuais sobre sua atuação no sistema nervoso demonstram que ela está envolvida na regulação da diferenciação de células nervosas precursoras e na apoptose^{3,4}. Nos últimos 20 anos, o número de crianças autistas cresceu rapidamente. Muitos estudiosos associam este fato a uma melhora nos processos diagnósticos. Entretanto, estudos recentes propõem que sendo o TA uma doença com forte caráter genético, expressão fenotípica variável e cujo modelo de hereditariedade é não Mendeliana³, este aumento não seria suficientemente explicado por uma melhora na sensibilidade diagnóstica^{3,10}.

Eles propõem que apesar da predisposição do TA ser genética, exista algum fator ambiental pré-natal e/ou pós-natal que esteja afetando a expressão desses genes, como p. ex. através da regulação da concentração de hormônio neuroesteroide³. Baseados em dados epidemiológicos do TA, como na maior prevalência em homens e afrodescendentes, somado ao aumento do número de casos e do uso de protetor solar nas últimas décadas, tem sido levantada a hipótese de que a vitamina D esteja envolvida na expressão da doença^{3,9}.

Um estudo realizado nas Ilhas Faroese demonstrou que pacientes com TA apresentaram menores níveis de vitamina D em comparação com seus familiares, sendo ainda mais acentuada esse déficit nos autistas do sexo masculino⁸. Outros estudos também observaram essa diferença^{6,9}. O estrogênio tem efeito positivo sobre a produção de vitamina D, aumentando a conversão de calcidiol em calcitriol. Isso não é observado com a testosterona. Assim sendo, o aumento conferido pelo estrogênio no nível do calcitriol no sistema nervoso (SN), durante o desenvolvimento, promove uma proteção contra a deficiência de vitamina D. Esses dados explicariam o porquê da incidência do TA ser maior em crianças do sexo masculino^{3,9}.

Já o nível de melanina é associado como fator de risco no desenvolvimento da deficiência de vitamina D. Um estudo sueco revelou uma incidência de 15% de casos de autismo em filhos de imigrantes ugandeses residentes no país, uma incidência 200 vezes maior em afrodescendentes do que na população caucasiana local. Dados europeus e americanos recentes também demonstram uma maior incidência de TA em negros³. Além do nível de melanina, estudos demonstraram maior incidência de autismo em áreas urbanas, onde há menor exposição ao sol e uso de protetor solar costuma ser maior^{3,9}.

Outro ponto que suporta esta teoria é quanto ao desenvolvimento do SN. A vitamina D atravessa a barreira placentária e provém exclusivamente da mãe no período embrionário. A deficiência de vitamina D pode afetar o desenvolvimento do SN, uma vez que ela participa na diferenciação celular e na regulação da apoptose. Foi demonstrado que níveis baixos deste neuroesteroide afetam a sinalização de neurotrofinas, a síntese do fator de crescimento neural e a expressão dos receptores de neurotrofinas p75^{11,12,13}.

Estudos australianos com ratos demonstraram prole com proliferação celular e apoptose anormais quando progenitores apresentavam deficiência severa de vitamina D. Já um estudo francês observou que esta deficiência desregulou a expressão de 36 genes envolvidos no desenvolvimento do sistema nervoso em mamíferos³, produzindo descendentes com alterações morfológicas do SN tais como ventrículos largos e aumento do tamanho do cérebro, ambos achados encontrados em pacientes autistas^{3,9}.

Adicionalmente outro estudo demonstrou que tais modificações anatômicas eram observadas apenas em proles que mantiveram a deficiência da vitamina D até o desmame, inferindo que o efeito da deficiência deste neuroesteroide não teria significância estatística nas alterações morfológicas se presentes apenas até o nascimento ².

Além disso a vitamina D contribui no reparo do DNA, sendo sua deficiência associada ao aumento do risco de falha na correção de mutações ocorridas no DNA no período do desenvolvimento inicial ^{6,13}. Este neuroesteroide também atua ativando o gene que sintetiza serotonina no cérebro, atuando inversamente sobre a transcrição de serotonina nos tecidos periféricos, explicando a evidencia paradoxal de baixas taxas de serotonina no cérebro e altas taxas no sangue encontradas em pacientes autistas ^{6,11,13}.

Outro dado que relaciona os achados presentes na hipovitaminose D e nos pacientes autistas é referente ao sistema imune. Autistas possuem células T anormais e excesso de citocinas. Evidências sugerem que nesses pacientes há um processo inflamatório e estresse oxidativo mantidos. Tais achados a nível cerebral são associados com prejuízo cognitivo. O calcitriol tem propriedades anti-inflamatórias e neuroprotetoras potentes, estimulando a liberação de neurotropinas e a produção de glutatona, um anti-oxidante cerebral ^{3,6,7,9}. Por fim, um estudo controlado observou que a vitamina D também aumenta o limiar excitatório de convulsões. As convulsões são um relato comum de pacientes autistas ^{3,10}.

Todos os estudos acima citados apresentam limitações e necessitam de maiores evidências para sua comprovação.

CONCLUSÃO

Será a vitamina D um fator de risco ambiental para o Autismo? Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que essa associação tenha real valor científico. Entretanto, se esta teoria for comprovada, qualquer gene ligado a vitamina D, é um gene candidato para o TA ³. As evidências de que a vitamina D atua como um neuroesteroide, participando do processo de desenvolvimento, regulando a proliferação e diferenciação de células nervosas precursoras são promissoras ⁵.

Algumas limitações foram encontradas nos trabalhos revisados. A literatura na área tem sido inconsistente na replicação de alguns achados ⁷, há também trabalhos desenvolvidos com número de sujeitos reduzidos ⁶ e não se sabe se os achados encontrados em estudos animais seriam os mesmos que em humanos ⁴. Estudos na área também encontram problemas éticos, uma vez que a identificação da deficiência da vitamina D e o não tratamento desses pacientes pode acarretar no comprometimento do desenvolvimento do sistema nervoso dos sujeitos envolvidos no estudo ⁶.

Muitos questionamentos também foram levantados. Ainda não está claro se a relação da hipovitaminose D com o autismo é causal ou circunstancial ^{2,13}. Também não está claro qual o valor da vitamina D poderia predispor a doença ² e se a severidade dos sintomas é equivalente ao grau de deficiência ³.

Com toda a exposição apresentada, ainda é reservada a associação da vitamina D como fator de risco ambiental para o autismo. Novas pesquisas devem ser realizadas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

REGO, Sara Weiz Sampaio Estrela. Autismo Fisiopatologia e Biomarcadores [Dissertação – Mestrado]; Covilha; Universidade da Beira Interior, Curso de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.

HARMS, Lauren R. et al. Vitamin D and the brain. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 25, n. 4, p. 657-669, 2011.

CANNELL, John Jacob. Autism and vitamin D. *Medical hypotheses*, v. 70, n. 4, p. 750-759, 2008

CASTRO, Luiz Claudio Gonçalves de O Sistema Endócrino Vitamina D. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica* [S.1], p. 566-575, out. 2011.

STUBBS, G.; HENLEY, K.; GREEN, J. Autism: Will vitamin D supplementation during pregnancy and early childhood reduce the recurrence rate of autism in newborn siblings?. *Medical hypotheses*, v. 88, p. 74-78, 2016.

WHITEHOUSE, Andrew JO et al. Maternal vitamin D levels and the autism phenotype among offspring. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 43, n. 7, p. 1495-1504, 2013.

KOČOVSKÁ, Eva et al. Vitamin D in the general population of young adults with autism in the Faroe Islands. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 44, n. 12, p. 2996-3005, 2014.

BENER, Abdulbari; KHATTAB, Azhar O.; AL-DABBAGH, Mohamad M. Is high prevalence of Vitamin D deficiency evidence for autism disorder?: In a highly endogamous population. *Journal of pediatric neurosciences*, v. 9, n. 3, p. 227, 2014.

ESPARHAM, Anna E. et al. Nutritional and Metabolic Biomarkers in Autism Spectrum Disorders: An Exploratory Study. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, v. 14, n. 2, p. 40, 2015.

PET, Milou A.; BROUWER-BROLSMA, Elske M. The Impact of Maternal Vitamin D Status on Offspring Brain Development and Function: a Systematic Review. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, v. 7, n. 4, p. 665-678, 2016.

WANG, Tiantian et al. Serum concentration of 25-hydroxyvitamin D in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, v. 25, n. 4, p. 341-350, 2016.

COŞKUN, Salih et al. Association of polymorphisms in the vitamin D receptor gene and serum 25-hydroxyvitamin D levels in children with autism spectrum disorder. *Gene*, v. 588, n. 2, p. 109-114, 2016.

SCHMIDT, Rebecca J. et al. Selected vitamin D metabolic gene variants and risk for autism spectrum disorder in the CHARGE Study. *Early human development*, v. 91, n. 8, p. 483-489, 2015.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Gabriel B. Vallandro, discente de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos Loriléa Chaves de Almeida, docente do Centro Universitário Serra dos Órgãos

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Guillain-Barré; polineuropatia inflamatória aguda; dissociação albuminocitológica no líquido (LCR); gravidade que a doença pode atingir/ cuidados para a boa evolução/ diminuição de sequelas/ importância da terapêutica específica/ terapia de suporte.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia pós-infecciosa, que afeta os nervos periféricos e as raízes nervosas espinais¹. Tem origem autoimune, desmielinizante e aguda, sendo que seu portador apresenta diversos sintomas, tanto motores, quanto sensitivos². A síndrome de Guillain-Barré é uma importante neuropatia, que pode afetar indivíduos em qualquer estágio da vida, com prevalência no gênero masculino^{4;5;6}. Atualmente é a principal causa de paralisia flácida aguda³. A maioria dos pacientes apresenta histórico de infecção viral recente³. Seus principais sinais e sintomas são a fraqueza muscular ou paralisia¹, além da evolução rápida dessa manifestação, que pode variar de horas a dias. A maioria dos pacientes não apresentaram sinais da doença decorridos dois anos de seu início, e uma menor parcela apresentará sintomas incapacitantes^{9;11}. O diagnóstico é baseado em critérios clínicos, no exame do líquido cefalorraquidiano, a sorologia para anticorpos e critérios específicos nos exames de eletroneuromiografia¹⁰. O plano de tratamento é personalizado e deve ser elaborado segundo as necessidades e gravidade do paciente⁵. As principais terapias envolvem o uso de plasmaferese e/ou imunoglobulina intravenosa, além de tratamento de suporte. O prognóstico varia de acordo com a idade, a gravidade e o grau com que a degeneração axonal excede a desmielinização⁷. Alguns fatores, como idade e rapidez de progressão da doença, podem piorar o prognóstico do paciente⁸.

OBJETIVOS.

Realizar uma revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Foram objetivos específicos: conceituar a SGB; identificar sintomas e diagnóstico da SGB; destacar os tratamentos disponíveis para a SGB.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, que adotou como percurso metodológico a revisão integrativa. Foram priorizados os meios eletrônicos que representam atualmente a democratização do acesso às informações e possibilidade de atualização permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluída esta pesquisa, foi possível aprofundar os conhecimentos em relação à Síndrome de Guillian-Barré (SGB).

Trata-se de uma polineuropatia pós-infecciosa, que afeta os nervos periféricos e as raízes nervosas espinais. Afeta indivíduos de qualquer idade, com prevalência nos mais jovens e do gênero masculino. Sua incidência em crianças com menos de um ano é rara.

Após a erradicação da poliomielite no Ocidente, tornou-se a principal causa de paralisia flácida aguda.

A maioria dos pacientes apresenta histórico de infecção viral recente. Alguns podem apresentar histórico de cirurgia ou de vacinação recentes. A síndrome também acomete paciente com doenças malignas, durante a gravidez ou com doenças autoimunes.

Seus principais sinais e sintomas são a fraqueza muscular ou paralisia, além da evolução rápida dessa manifestação. Esses sintomas podem evoluir em poucas horas ou em alguns dias. Normalmente leva-se de duas a quatro semanas para a doença progredir por completo. Passada a fase da progressão, segue-se um período de persistência dos sintomas, que se mantêm contínuos e inalterados. Na sequência, entra-se numa fase de recuperação gradual da função motora, o que pode levar vários meses. A maioria dos pacientes não apresentaram sinais da doença decorridos dois anos de seu início, e uma menor parcela apresentará sintomas motores ou sensitivos incapacitantes.

Diversas complicações clínicas podem surgir em pacientes com SGB, sendo as mais frequentes a pneumonia, sepse, infecção do trato urinário, desnutrição, hipertensão arterial, arritmias, disfunções esfíncterianas, diabetes insipidus e hiponatremia.

O diagnóstico da síndrome é baseado em critérios clínicos, que consideram o exame do líquido cefalorraquidiano, a sorologia para anticorpos e critérios específicos nos exames de eletroneuromiografia. O diagnóstico correto também exige a exclusão das circunstâncias que se assemelham à síndrome.

O plano de tratamento é personalizado, e deve ser elaborado segundo as necessidades e gravidade do paciente. Busca implantar medidas gerais e específicas para garantir a evolução adequada da patologia, mantendo a vida, interferindo nas alterações da resposta imunitária e evitando complicações e sequelas.

As principais terapias envolvem o uso de plasmaferese e/ou imunoglobulina intravenosa, além de tratamento de suporte com equipe multiprofissional.

O prognóstico da patologia varia de acordo com a idade, a gravidade e o grau com que a degeneração axonal excede a desmielinização. Alguns fatores, como idade e rapidez de progressão da doença, podem piorar o prognóstico do paciente..

REFERÊNCIAS

1. Timby BK. Enfermagem médico-cirúrgica. 8 ed. ver. e ampl. Barueri/SP: Manole, 2005.
2. Ávila-Funes JA, Mariona-Montero VA, Melano-Carranza E. Síndrome de Guillain-Barré: etiología y patogénesis. *RevInvestClin* 2002; 54(4): 357-363.
3. Silva GEG, Valença MOS. (Org.). *Neurologia clínica*. Recife: Universitária, 2003.
4. Acosta MI, Caniza MJ, Romano MF, Araújo EM. Síndrome de Guillain Barre. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, abr. 2007, 168.
5. Oca MSL, Albert VA. Síndrome de Guillain-Barré. *RevCiencias Médicas*. 2014 abr; 18(2):275-283.
6. Bolan RS, Bó KD, Vargas FR. Síndrome de Guillain-Barré. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 51 (1): 58-61, jan.-mar. 2007.
7. Torres MS, Padrón SA, Bravo PR. Síndrome de GuillainBarré. *Rev Cub Med Mil*. 2003 jun; 32(2).
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 497, de 22 de dezembro de 2009. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Síndrome de Guillain-Barré. Disponível em: <http://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/08/Protocolo-MS_Guillain-Barr%C3%A9-2009.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.
9. Duarte MJ, Díaz Meza S, Gutiérrez JR y col. Síndrome de Guillain -Barré. Acercamiento diagnóstico terapéutico. *RevMedIntMex*, diciembre 2005.
10. Hahn AF. The challenge of respiratory dysfunction in Guillain-Barré syndrome. *ArchNeurol* 2001; 58: 871-872.

GESTAÇÃO DA ADOLESCENTE: A NECESSIDADE DE UM ATENDIMENTO SETORIZADO

VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

MARTINS, Gabriela Coelho Vaz. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVE: gravidez, adolescência, pré-natal

INTRODUÇÃO

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dá à luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens no mundo (^A).

Esse grupo também está sujeito à eclâmpsia, anemia, parto prematuro, complicações obstétricas, desproporção cefalo-pélvica, e recém-nascidos de baixo peso (^A). Além de fatores biológicos, a literatura correlata recente acrescenta que a gravidez adolescente também apresenta repercussões no âmbito psicológico, sociocultural e econômica. Além disso, a gestação em adolescentes pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez (^B).

Em termos sociais, a gravidez na adolescência pode estar associada com pobreza, evasão escolar, desemprego, ingresso precoce em um mercado de trabalho não-qualificado, separação conjugal, situações de violência e negligência, diminuição das oportunidades de mobilidade social, além de maus tratos infantis.

O estudo de Prietsch et al (^C) teve por objetivo identificar fatores associados à ocorrência de gravidez não planejada em Rio Grande, Rio Grande do Sul. Em 2007, aplicou-se questionário padronizado, e as 2.557 gestantes incluídas no estudo, 65 por cento não planejaram a gravidez. Após ajuste para confundimento, as seguintes variáveis mostraram-se significativamente associadas à gravidez não planejada: cor da pele parda/preta, idade inferior a 20 anos, sem companheiro, baixa renda familiar, aglomeração familiar, tabagismo e mais de um parto. Abortamento prévio mostrou-se protetor para a gravidez não planejada.

Realizou-se estudo transversal com dados das Declarações de Nascidos Vivos de mães adolescentes na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005, com o objetivo de conhecer a magnitude e as características associadas à gravidez recorrente (GR). Foram estimadas razões de prevalência (RP) entre 12.168 adolescentes, com a identificação de prevalência

de GR de 29,1 por cento. Os fatores associados à GR foram: idade 15-19 anos (RP = 5,42); não realizar pré-natal (RP = 2,36); escolaridade < 4anos (RP = 1,48); ocupação dona de casa (RP = 1,8). Parto cesáreo e baixo peso foram associados negativamente a GR com RP de 0,94 e 0,69. (^D)

JUSTIFICATIVA

A percepção do grande número de gestantes com menos de 18 anos que eram atendidas para o parto no Hospital das Clínicas de Teresópolis levou meu preceptor a criar um grupo de trabalho com alunos de vários períodos do curso médico, com a finalidade de conhecer o perfil das pacientes, que por alguma razão ficaram grávidas, na maioria das vezes, fora de hora.

Durante dois anos este perfil foi traçado e um banco de dados nos permitiu entender alguma coisa sobre estas jovens. Este ano chegamos ao final desta linha de pesquisa, e dois trabalhos de conclusão de curso foram concluídos. Este trabalho, procurou razões que justificassem, ou não, um atendimento setorizado deste grupo de mulheres, partindo da hipótese que questões especiais acompanham este grupo de gestantes.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Apresentar as razões, baseado no banco de dados que foi criado, para que se crie na cidade de Teresópolis um atendimento especializado e setorizado para gestantes adolescentes.

Objetivos Específicos

Fazer uma proposta do funcionamento deste ambulatório. Criar normas de orientação para que a gestação não se repita, caso não tenha sido programada, de forma fortuita novamente.

METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica foi feita utilizando os sistemas conhecidos para referências bibliográficas: PubMed, Medline, Lilacs, lançando mãos de descritores como gestação na adolescência, grávida adolescente, patologias obstétricas.

Os dados utilizados neste trabalho começaram a ser colhidos desde 2012, e foram motivo de dois trabalhos de conclusão de curso, e apresentações em eventos da especialidade.

DISCURSSO

O grupo de gestantes adolescentes é extremamente beneficiado com o pré-natal instalado em sua totalidade. As análises de custo-efetividade são claras em demonstrar que os casos de sífilis congênita, mortalidade perinatal e baixo peso ao nascer que acontecem com gestantes adolescentes, diminuem drasticamente sempre que as gestantes são bem acompanhadas (^E).

Santos et al. em 2009 (^F) analisando dados de hospital terciário do Maranhão entre julho e dezembro de 2006, encontraram 25% dos partos em mulheres adolescentes. Neste grupo foi encontrado risco de prematuridade (OR = 1.46), e baixo peso ao nascer (OR = 1,47), maior frequência de partos vaginais, associação de início tardio do pré-natal (OR = 2,03). Mas o que mais chamou a atenção foram as manobras abortivas no início da gestação (OR = 2,34). Entretanto neste grupo a incidência de pré-eclâmpsia e desproporção cefalo-pélvica foi menor que no grupo controle de não adolescentes.

Mais recentemente Dias et al (^G) concordaram com os dados em relação ao baixo peso e a prematuridade, e através de uma revisão sistemática concluíram que a adolescência somada ao ambiente socioeconômico e cultural em que vive esta jovem, são os responsáveis pelo maior número de intercorrências obstétricas estudadas.

Nossa linha de pesquisa é clara, ao seu final, que a gestante/puérpera adolescente tem que receber o mesmo cuidado técnico que todas as outras mulheres. E que quando isso acontece, ela verbaliza que sua experiência foi muito boa.

Escobal et al (^H) sob a orientação do programa de pesquisa *Humanized Attention for Adolescent Parturition* realizado em 2010 em cidade brasileira, apresentaram resultados muito positivos com as respostas das pacientes quando indagadas sobre o grau de satisfação de seu pré-natal e seu parto. Todas foram unânimes em declarar o comprometimento da equipe envolvida, e que o cuidado fora ideal em sua perspectiva para o parto. Portanto a setorização para este grupo deu certo.

Trabalhos comparativos também foram realizados. Narukhutrpicchai et al (^I) entre 2006 e 2013 compararam resultados obstétricos e perinatais de 268 adolescentes e 689 não adolescentes (20 anos ou mais). Neste período a incidência de adolescentes foi de 15,24% (não muito diferente no nosso país), e os principais dados foram:

Número completo de consultas	adolescentes – 90,5%
	Não adolescentes – 66,5%
Parto vaginal	adolescentes – 59,7%
	Não adolescentes – 36,4%
Desproporção cefalopélvica	adolescentes – 14,5%
	Não adolescentes – 26,4%
Hemorragia puerperal	adolescentes – 3,8%
	Não adolescentes – 8,4%

Em todos estes dados acima podemos notar que as gestantes adolescentes apresentam menos problemas, mas quando se fala de prematuridade, elas apresentaram uma taxa de 16,2%, enquanto o grupo controle foi de 5,5% ($P < 0.001$). O mesmo é observado no índice de APGAR no 1º minuto, quando os autores registraram 7,1% contra 3,1% do grupo controle.

O artigo de Kamalak et al. (^J) que durante um ano acompanharam 105 adolescentes grávidas, e compararam com grupo controle que tinha idade acima de 18 anos. Usando escalas previamente referendadas, as adolescentes mostraram 39% de depressão leve contra 4,8% do grupo controle. A depressão moderada foi encontrada em 37% e a grave em 10,5% no grupo estudo, contra nenhum caso no grupo não adolescente. A conclusão estatística deste trabalho permite afirmar que a depressão seria de 18 a 20 vezes mais comum na grávida com menos de 18 anos.

E finalmente tocamos em assunto tão importante quanto o cuidar bem da gestação que terminou. A anticoncepção pós-parto que não deve ser negligenciada em nenhuma hipótese. Béliard (^K) tem opinião que deve ser mandatória em uma maternidade/serviço de saúde que queira ter seu conceito bem delineado. Discutir preservativo para os primeiros 2 meses e anovulatórios para depois é a receita que deve ser enfatizada. Em países com este assunto resolvido, as visitas familiares de agentes de saúde são rotineiras.

Sobre este assunto, Oringanje et al (^L) em revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane, fecharam esta a discussão sobre este tópico da adolescente. Os autores introduzem o tema afirmando que este assunto é preocupação em todos os países do mundo, independente de sua situação econômica.

O objetivo da revisão foi ter acesso a artigos que tocavam em formas de prevenção da gestação em adolescentes. A pesquisa foi feita em artigos publicados até novembro de 2015, e submetidos a revisores da Cochrane Foundation. Foram selecionados 53 artigos que citavam formas de prevenção da gestação, com o envolvimento de 105 000 adolescentes. Os resultados mostraram que uma combinação de medidas educacionais com o fornecimento do anticoncepcional, foi a medida que deu maior proteção para a gestação (risco relativo de 0.66). No entanto a utilização do preservativo estava mais relacionado com medidas educacionais na escola secundária.

Mas infelizmente estas atitudes parecem ainda estar longe de atingir nosso país. Não só observamos este fato em nosso cenário de prática, ou seja, internamos pacientes com 17 anos já em sua terceira gestação. Oliveira et al (^M) na Paraíba citam o mesmo problema, pois ao entrevistar um grupo de puérperas, ouviram delas um desconhecimento e uma despreocupação quase unânime com evitar filhos após a alta.

Figueiredo (^N) chamam a atenção para uma medida padronizada pelo Ministério da Saúde do Brasil que é a anticoncepção de emergência. O protocolo está disponível para qualquer mulher brasileira, e nossas adolescentes deveriam ser melhor informadas sobre esta possibilidade.

CONCLUSÕES

Tendo em vista esta revisão da literatura, a justificativa deste trabalho é facilmente perceptível. A gestação na adolescência é um problema de saúde pública que deve ser atacado com bastante ênfase.

Agora que sabemos o perfil das gestantes adolescentes na cidade de Teresópolis, fica claro a necessidade de ambulatórios especializados para atender esta paciente e sua família, considerando que “ estou grávida “ é uma expressão que tem um impacto muito forte naquele núcleo familiar. E quando analisamos a paciente isoladamente, percebemos as questões emocionais como muito importantes.

A conclusão final é a apresentação, na página posterior, de um manual bem esquemático para que os profissionais de saúde envolvidos no atendimento da adolescente grávida possa seguir, e com isso melhor atendê-la, quer seja sob o ponto de vista clínico, como também emocional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev Latino-am Enfermagem; 14(2):199-206, 2006
- 2 – Vidal AS, Samico IC, Frias PG, Hartz ZMA. Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família. Ver Saúde Pública. 45(3);2011.
- 3 - Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad Saude Publica;27(10): 1906-1916,. 2011.
- 4 – Silva KS, Rozemberg R, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. Ciênc. saúde coletiva;16(5): 2485-2493, 2011.
- 5 - Teles BG, Blondet AV, Correia-Santos AM, Bolognini PK, Erthal SR. Dietary supplements for the lactating adolescent mother: influence on plasma micronutrients. Nutr. hosp.26(2):392-398, 2011
- 6 – Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre resultados perinatais e via de parto. Rev Br Ginec Obstet. 31(7):326-34,2009
- 7 – Costa EL, Sena MCF, Dias A. Gravidez na adolescência – determinante para prematuridade e baixo peso. Com. Ciências Saúde. 22 (Sup 1):183-188,2011.
- 8 – Escobal APL, Soares MC, Meincke SMK et al. Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. Ver.Pesq.Cuid.Fundam. 2016;8(3):4711-16.
- 9 – Narukhutrpicchai P, Khрутmuang D, Chattrapiban T. The obstetrics and neonatal outcomes of teenage pregnancy in Naresuan University Hospital. J Med Assoc Thai.2016;99(4):361-7.
- 10 – Kamalak Z, Kosus A, Kosus A et al. Adolescent pregnancy and depression: is there na association? Clin Exp Obstet Gynecol.2016;43(3):427-30.
- 11 –Béliard A. Première consultation de contraception chez les adolescentes. Ver Med Liege.2016;71(1):28-33.
- 12 – Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescentes. Cochrane Database Syst Ver.2016;2:CD005215.
- 13 – Oliveira LFM, Davim RMB, Alves ESRC et al. Vivência de puérperas adolescentes quanto à gravidez e trabalho de parto. Ver Enferm UFPE on line.2016;10(2):395-406.
- 14 – Figueiredo R. Contracepção de emergência entre estudantes de ensino médio e público do município de São Paulo: um relatório final. São Paulo, Instituto de Saúde.2008.97p.

COMO DEVEMOS ATENDER A GESTANTE ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS: PROPOSTA BASEADA EM SÉRIE DE CASOS

Professor Doutor Marcus Jose do Amaral Vasconcellos

*Gabriela Bodanese Fontana, acadêmica do curso de Medicina,
Fundação Educacional Serra dos Órgãos*

PALAVRAS-CHAVES: gravidez, adolescência, gestação, pré-natal.

INTRODUÇÃO

Ao longo do mundo, anualmente cerca de 11% das gestações acontecem em pacientes com menos de 19 anos. (¹). Isso não é diferente em nosso país, chegando a 20% em algumas regiões mais pobres. E pior, elas não são bem atendidas.

Esta questão vem de muito tempo, sem mostrar modificações significativas. Entre nós Beretta et al (²) desde 1995 citam taxas de cerca de 15% em cidade no interior de São Paulo, estado de nossa federação com maiores possibilidades de acesso aos programas preventivos de saúde. Há mais de 20 anos que se reclama de ações mais efetivas com a finalidade de evitar essa gestação, que na maioria das vezes, é completamente fora da hora.

JUSTIFICATIVA

Um artigo que caiu em nossas mãos durante o internato analisou as relações entre os profissionais de saúde e as gestantes adolescentes em um hospital público do Rio de Janeiro, e assinado por Santos et al (³). A amostra foi de 31 gestantes, 5 profissionais de saúde e 2 internos de nutrição. O grupo notou claramente a necessidade do trabalho de grupo, quando angústias e dúvidas foram sanadas. Reforçam a necessidade deste tipo de trabalho.

Analisando com cuidado este segmento de gestantes, nos propusemos e criar uma cartilha de orientações que deverá ser entregue nas salas de espera de todos os serviços de pré-natal do município, e se possível das cidades que estão a nossa volta, e que em grande quantidade encaminham suas gestantes para nosso hospital universitário.

Com este trabalho pretendemos deixar uma contribuição para a região serrana de Teresópolis após nossa passagem como aluna de graduação da Faculdade de Medicina.

OBJETIVOS

Reconhecer quais os principais problemas enfrentados pela gestante com menos de 19 anos no município de Teresópolis, após uma pesquisa de três anos, que produziu algumas informações de forma setorizada.

Produzir uma cartilha com as principais orientações para estas gestantes, utilizando uma linguagem leiga, e que será distribuída nas salas de espera dos serviços de pré-natal do município e arredores.

METODOLOGIA

Para a apresentação deste trabalho, foi feita uma revisão bibliográfica utilizando os principais mecanismos de busca disponíveis: MEDLINE, LILACS e PUBMED. Com descritores aceitamos gestação na adolescência, pré-natal de adolescentes, cuidados no pré-natal. A revisão abrangeu os últimos 10 anos de referências.

Como base prática para construir as recomendações que estão expressas no capítulo conclusões, lançamos mão de um banco de dados de cerca de 250 gestantes adolescentes.

DISCUSSÃO

Em Uganda, com enfoque mais moderno, Naigaga et al (⁴) partiram da observação que naquele país, aos 20 anos, mais de 60% das mulheres já são mães, e que estas taxas variam de região para região do país. Os autores procuraram uma destas regiões com alta natalidade entre adolescentes, e durante período de 6 meses aplicaram um inquérito epidemiológico que foi claro em mostrar que o maior fator de risco foi já haver uma gestação prévia. Portanto concluíram que as ações de saúde têm que ser implementadas antes do menacme, pois assim estaremos evitando a gestação na adolescência. Uma ampla discussão existe na literatura quanto a necessidade de um serviço de pré-natal isolado para as adolescentes. Trotman et al (⁵) apresentaram interessante trabalho realizado nos Estados Unidos, e com característica retrospectiva. Analisando prontuários de 150 gestantes adolescentes entre 2008 e 2012 que haviam sido atendidas em serviço especializado neste tipo de paciente, compararam os desfechos com grupo controle que havia sido matriculada no pré-natal geral. Os autores mostraram que o grupo atendido separadamente, provavelmente com mais atenção específica, apresentou ganho de peso mais adequado, amamentou exclusivo mais tempo, apresentou menos depressão pós-parto, e principalmente, procurou planejamento familiar com maior frequência após o parto.

Algumas formas adotadas pelos mais diversos serviços de saúde pelo mundo afora, apresentam resultado diferente. Assim como em alguns locais, um acompanhamento domiciliar após o parto apresentou eficácia em evitar uma nova gestação precoce, Mayor (⁶) em estudo publicado recentemente passou a desacreditar nesta conduta, pois seu grupo de estudo, apesar de receber a visita de uma enfermeira com frequência adequada, apresentou uma taxa de nova gestação, ainda adolescente, significativa.

Um outro enfoque que não pode ser esquecido é o emocional. Logdson et al (⁷) admitem que adolescentes têm um nível maior de depressão pós-parto que as populações não adolescentes. Realizaram estudo com o propósito de identificar e atuar nestes grupos. Com grupo de 15 pacientes, e seus familiares, realizaram trabalho prévio ao parto com palestras, filmes, fotos, e notaram claramente que os resultados foram encorajadores.

O último enfoque que deve ser abordado nesta discussão, é a repetição da gestação ainda no período de adolescência. Persona et al (⁸) publicaram uma síntese dos principais fatores que levam a esta repetição: menarca precoce, primeira relação após curto intervalo da menarca, repetência escolar, abandono escolar, ausência de remuneração remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, residir com o parceiro, união consensual, parceiro fixo, baixo uso de condon, história familiar de gestação na adolescência, ausência do pai por morte ou abandono, reação positiva à gestação anterior, parto bem sucedido, e ausência da revisão puerperal.

Mas não podemos terminar esta discussão sem introduzir pitadas de modernidade a este trabalho. Nolan et al (⁹) na Austrália exploram a internet ao criar sítios de informações para as adolescentes, imaginando que trata-se de fatia da população que utiliza com muita facilidade as mídias eletrônicas.

Os autores empregam sítios eletrônicos para instruções para parto, amamentação, entre outras coisas. Outra vantagem é que informações podem ser trocadas entre as gestantes, o que parece ter um efeito muito bom. Os sítios são monitorados por pessoal da área da saúde, o que dá maior credibilidade a ação de saúde.

CONCLUSÃO

GRAVIDEZ NA ADOLESCENTE

Se a gravidez já aconteceu procure um pré-natal que:

- Entenda o que você está passando
- Não ache que você está errada
- Responda todas as suas dúvidas
- Permita a participação de seu companheiro e sua família
- Se preocupe como sua família recebeu a notícia

**Um pré-natal que
trate você como
mulher e não como
uma criança**

O que você tem que ver no seu pré-natal

Tem que receber orientações sobre exames, cuidados com as mamas, amamentação, como será seu parto.

Toda consulta seu médico/enfermeira deve:

OUVIR SUAS DÚVIDAS

- Pesar você
- Tirar sua pressão
- Medir o tamanho de sua barriga
- Escutar seu bebê
- Fazer o toque do colo do útero para ver se ele está abrindo antes do tempo
- Pedir alguns exames: anemia, sífilis, HIV, toxoplasmose (doença que passa pela urina do gato), açúcar no sangue, urina, tipo de sangue e duas ultrassonografias

Depois do parto o que você deve fazer

Amamentar pelo menos 6 meses seu filho

Com um mês depois do parto procurar ajuda para evitar nova gravidez

Não interromper os seus projetos de vida como estudar e trabalhar

AMAR MUITO SEU FILHO

REFERÊNCIAS

- 1 – Rukundo GZ, Abaasa C, Natukunda PB et al. Antenatal services for pregnant teenagers in Mbarara Municipality, Southwestern Uganda: health and community leader's views. *Pregnancy Childbirth*.2015;15:351.
- 2 – Beretta MI, Denari FE, Pedrazzani JC. Estudo sobre a incidência de partos na adolescência em um município do estado de São Paulo. *Ver LatAmer Enfermag*.1995;3(2):181-91.
- 3 – Santos MM, Sauders C, Baião MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Cien Saude Colet*.2012;17(3):775-86.
- 4 – Naigaga MD, Guttersrud O, Pettersen KS. Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in a developing country – the impact of selected demographic characteristics. *J Clin Nurs*.2015;24(17-18):2402-9.
- 5 – Trotman G, Chhatre G, Darolia R et al. The effect of Centering Pregnancy versus traditional prenatal care models on improved adolescent health behaviors in the perinatal period.. *J Pediatr Adolesc Gynecol*.2015;28(5):395-401.
- 6 – Mayor S. Intensive nurse visits to teenage mothers do not reduce further pregnancies, report says. *Br Med J*. 2015;351:h5470.
- 7 – Logsdon MC, Martin VH, Stikes R et al. Lessons learned from adolescent mothers: advice on recruitment. *J Nurs Scholarsh*.2015;47(4):294-9
- 8 – Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Ver Lat Am Enferm*.2004;12(5):745-50.
- 9 – Nolan S, Hendricks J, Towell A. Social networking sites (SNS): exploring their uses and associated value for adolescent mothers in Western Australia in terms of social provision and building social capital. *Midwifery* 2015;31(9):912-9.

VITALIDADE DE RECÉM-NATOS NOS 5 PRIMEIROS MINUTOS DE VIDA AVALIADOS PELO APGAR: UMA COMPARAÇÃO ENTRE AS VIAS DE PARTO

*VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral. Docente do curso de Graduação em
Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos*

*CASTRO, Gabriela Marchetti. Discente do curso de Graduação em Medicina do
Centro Universitário Serra dos Órgãos*

PALAVRAS CHAVES: índice de APGAR, vitalidade ao nascer, medicina perinatal.

INTRODUÇÃO

Para o obstetra, a condição de nascimento de um feto, será sempre uma das duas principais premissas que deve ser seguida: uma mãe bem e um recém-nato bem e com grandes chances de um desenvolvimento psico e neuromotor normais é sinal de sucesso absoluto no seu trabalho.

Uma parte desta avaliação, a tardia, só se consegue com notícias constantes daquela criança durante seu crescimento. Pode-se considerar que este fato é quase impossível no Brasil. O próprio Ministério da Saúde reconhece o fato ao criar e incentivar os Programas de Saúde da Família, onde um grupo social ficaria atrelado a um grupo pequeno de profissionais da área da saúde. Desta forma é possível ir do parto até a pré-adolescência com uma avaliação completa.

Mas no momento do parto isso pode ser viável. Segundo o DATASUS 98% dos partos no Brasil acontecem em ambiente hospitalar, o que permitiria um banco de dados das condições de nascimento da população.

Com esta finalidade deve-se usar o consagrado índice de APGAR, que há cerca de 60 anos vem sendo repetido nas maternidades do mundo ⁽¹⁾.

Escala ou Índice de APGAR é um teste desenvolvido pela Dra. *Virginia Apgar* (1909 – 1974), médica anesthesiologista norte-americana, que consiste na avaliação de 5 sinais objetivos do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 10, sendo utilizado para avaliar as condições dos recém-nascidos. Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele.

O somatório da pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resultará no Índice de APGAR e o recém-nascido será classificado como sem asfixia com APGAR 8 a 10; com asfixia 5 a 7; com asfixia moderada APGAR 3 a 4 e, com asfixia grave APGAR 0 a 2. No momento do nascimento, este índice é útil como parâmetro para avaliar as condições do recém-nascido e orientar nas medidas a serem tomadas quando necessárias. As notas obtidas

nos primeiro e quinto minutos são registradas no “Cartão da Criança” e permite identificar posteriormente as condições de nascimento desta criança (se ela nasceu sem asfixia ou com asfixia leve, moderada ou grave) (2).

JUSTIFICATIVA

No período do internato do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), foi possível participar de alguns partos na maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, quer seja pela via vaginal quer seja pela via abdominal, no momento do nascimento e também nas visitas diárias do puerpério.

Uma pergunta nasceu relacionada sobre o momento do nascimento, sobre sua via de parto e o grau de vitalidade que apresentavam estes recém-natos. Será que uma das formas do desfecho do parto propiciava uma melhor vitalidade? Como aferir e realizar esta comparação?

Nota-se que o índice de APGAR, reconhecido internacionalmente há muitos anos como uma forma adequada desta análise, seria a melhor forma.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar se existe diferença entre a vitalidade ao nascer de crianças nascidas de parto vaginal e cesariana na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, utilizando o índice de APGAR.

Específicos

(1) comparar resultados da pesquisa com possíveis séries de outros locais nacionais e internacionais. (2) comparar com dados do DATASUS sobre sofrimento fetal, buscando se a notificação é adequada na cidade.

METODOLOGIA

O estudo tem caráter descritivo e comparativo com a aplicação de questionário entre gestantes que tiveram seus filhos na Maternidade do Hospital Universitário de Teresópolis.

Em seguida recorreu-se ao prontuário médico para se registrar o tipo de parto e o índice de APGAR do 1º e 5º minuto, obedecendo os cinco parâmetros utilizados internacionalmente.

Para completar o trabalho, foi realizada uma revisão nos principais sistemas de busca como o PubMed, o Lilacs e o Medline, para uma atualização do tema e uma possível comparação desta série de casos com outras disponíveis na literatura nacional e internacional.

RESULTADOS

A partir do questionário foi possível entrevistar 244 pacientes, entre 4 de abril e 23 de julho de 2016, sendo que 96 (39,3%) foram submetidas a cesarianas e 138 ao parto pela via vaginal. A Tabela 2 apresenta de forma bruta os índices de APGAR recebidos no 1º e no 5º minuto nas duas vias de parto.

Tabela 2 – Distribuição dos índices de APGAR em 244 pacientes entrevistadas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, de acordo com tipo de parto.

APGAR	1º minuto	5º minuto	1º minuto	5º minuto
10	0	53	0	28
9	86	75	53	53
8	41	6	32	11
7	3	3	6	4
6	3	0	3	0
5	3	0	1	0
4	1	1	0	0
3	1	0	0	0
2	0	0	1	0
1	0	0	0	0

Como a maioria da literatura aceita o APGAR 7 como discriminatório entre a boa vitalidade e o sofrimento fetal, optou-se por realizar as Tabelas 3 e 4, que usam este ponto de corte como critério.

Tabela 3 – Distribuição dos índices de APGAR do 1º minuto nos dois tipos de parto, aceitando a pontuação 7 como ponto de corte entre o normal e o anormal.

	APGAR \geq 7	APGAR $<$ 7
Partos vaginais	130	8
Cesarianas	91	5

QUI- quadrado = NS

Tabela 4 – Distribuição dos índices de APGAR do 5º minuto nos dois tipos de parto, aceitando a pontuação 7 como ponto de corte entre o normal e o anormal.

	APGAR \geq 7	APGAR $<$ 7
Partos vaginais	137	1
Cesarianas	96	0

Na vigência de casela nula não é possível análise estatística

DISCUSSÃO

O índice de APGAR, mesmo 60 anos depois de sua criação, continua a ter sua importância nos trabalhos que buscam um melhor resultado do nascimento.

Zeitlin et al (2016) ⁽³⁾ publicaram uma avaliação de um programa que incluía quatro procedimentos com a finalidade de diminuir a morbidade e a mortalidade perinatal entre prematuros: (1) parto em maternidade com cuidados intensivos neonatal; (2) corticoide antenatal; (3) prevenção de hipotermia ao nascer; (4) surfactante administrado até 2 horas do parto.

O estudo chamou-se EPICE (*Effective Perinatal Intensive Care in Europe*) para prematuros, e envolveu 19 regiões de 11 países europeus. A amostra foi formada com 850.000 nascidos vivos sem malformações, com 7336 partos acontecidos entre 24 e 32 semanas de gestação. Os resultados preliminares mostraram uma diminuição de 18% da morbidade perinatal, e o parâmetro utilizado com frequência foi o APGAR. Ou seja, mesmo 60 anos depois, as condutas são validadas ou não pela melhora ou piora do índice.

Outro exemplo da continuada valorização do APGAR, vem do recente trabalho de Sing et al (2014) ⁽⁴⁾, que analisaram os efeitos no desfecho do parto da associação da anestesia raquidiana com a peridural durante o trabalho de parto. Entre outros parâmetros analisados, todos relacionados com a evolução materna e do trabalho de parto, para uma comparação do resultado perinatal lá estava o APGAR como principal forma de avaliar bem estar. Os resultados mostraram que não havia diferença no índice quando cotejados o parto e a cesariana, em presença da anestesia dupla.

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada pode-se afirmar que a indicação da cesariana ou a evolução para o parto vaginal, não possui modificação no índice de APGAR dos casos analisados.

Como se trata de pequena amostra é possível que outro pesquisador continue com levantamento de dados referente ao assunto, mesmo que retrospectivamente, para dar consistência maior a esta conclusão, ou mesmo refutá-la.

REFERÊNCIAS

1 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Assistência ao Recém-Nascido. 1 ed. Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde, 1994.

2 – Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1886-1892, ago, 2007

3 – Zeitlin J, Manktelow BN, Piedvache A et al. Use of evidence based practices to improve without severe morbidity for very preterm infants: results from the EPICE population based cohort. Br Med J.2016;354:2976.

4 – Singh SKSC, Yahya N, Misirian K et al. Combined spinal-epidural analgesia in labour: its effects on delivery outcome. *Rev Bras Anesthesiol.* 2016;66(3):259-64.

HISTÓRIA TABÁGICA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA DA NICOTINA - UMA ABORDAGEM CLÍNICA E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

*OLIVEIRA, Paulo Cesar de. Docente do Curso de Graduação em Medicina
no Centro Universitário Serra dos Órgãos
UNIFESO.*

*GUEDES, Glauco Oliveira. Discente do Curso de Graduação em
Medicina no Centro Universitário Serra dos
Órgãos UNIFESO*

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, Pneumopatia, Cardiopatia, Neoplasia, Vasculopatia, Teste de Fagerström, Abordagem cognitivo-comportamental.

INTRODUÇÃO

Existem mais de 4 mil substâncias no cigarro, que causam dependência química, física e comportamental, sendo um problema de saúde pública em todo o mundo e apresentando proporções epidemiológicas relevantes. Atualmente, cerca de um bilhão de pessoas no mundo são tabagistas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a maior causa isolada de morte entre os homens. Hoje a dependência de nicotina é reconhecidamente uma doença crônica, sendo direta ou indiretamente influenciada por fatores ambientais, genéticos e sócio comportamentais. A dependência química está diretamente relacionada com a presença da nicotina nos produtos à base de tabaco. Como citado anteriormente, o cigarro apresenta mais de 4 mil substâncias tóxicas, entre elas o monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroteína, além de outras 43 substâncias radioativas e resíduos agrotóxicos ¹. O tabagismo é responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. A prática tabágica é causadora de 85% das mortes por doença pulmonar crônica, 30% de diversos tipos de câncer, 25% das mortes por doença coronariana e 25% por doenças cerebrovasculares ².

No Brasil, de acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2008, 17,2% da população com mais de 15 anos de idade, o equivalente a 25 milhões de pessoas, fazia uso frequentemente do tabaco, sendo que a maior prevalência de fumantes se deu na região Sul (19%), e a menor nas regiões Centro Oeste e Sudeste ³. No Ambulatório de Pneumologia UNIFESO durante algum tempo realizou-se um trabalho de acompanhamento aos pacientes tabagistas, com o sentido de sensibilizar esses pacientes na tentativa de cessar a prática tabágica, visando à promoção da saúde e à prevenção dos malefícios do cigarro. Na impossibilidade de implantar de forma plena o programa adotado pelo Ministério da Saúde e o INCA, optou-se por uma atividade alternativa, com consultas mensais, orientação para mudanças comportamentais e controle clínico. Os pacientes lá atendidos realizavam o Fagerström Test for Nicotine Dependence, (Teste de Fagerström), que possibilita quantificar a dependência química da nicotina, servindo de base para avaliar que paciente poderia ser

orientado apenas com uma abordagem na esfera cognitivo-comportamental. O presente Trabalho de Conclusão de Curso, analisando retrospectivamente os prontuários destes pacientes, de certa forma resgata uma parcela da avaliação feita com os mesmos.

OBJETIVO

Avaliar a história tabágica, a dependência química da nicotina aferida pelo Teste de Fagerström e a motivação para a cessação do hábito tabágico dos pacientes fumantes atendidos no Ambulatório de Pneumologia UNIFESO e analisar as possíveis correlações com os resultados obtidos em uma abordagem cognitivo-comportamental realizada com estes pacientes.

MATERIAL E MÉTODO

Os pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia UNIFESO são cadastrados através de prontuário eletrônico e as informações são arquivadas através de um sistema informatizado. Foi realizado o levantamento dos casos de pacientes atendidos nos últimos 12 meses, com história de tabagismo, registrados no sistema conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) com o número de código “CID: Z 72.0” sendo visualizados 142 pacientes. Foi realizada análise dos prontuários destes pacientes com a finalidade de rever nas suas anamneses as informações acerca da história tabágica de cada um, verificar aqueles que tinham respondido o questionário de Fagerström e os que haviam sido questionados em relação à motivação para a cessação do tabagismo. Fez parte do levantamento realizado, também, a identificação de possíveis resultados relacionados à cessação do hábito tabágico obtidos apenas através da abordagem cognitivo-comportamental, sendo excluídos da análise os pacientes que mencionavam uso de qualquer tipo de medicação pertinente. Foram selecionados 12 pacientes que preenchiam, na íntegra, estes critérios adotados. Foi realizada análise dos prontuários com a finalidade de rever as informações acerca da história tabágica de cada um, verificar aqueles que tinham respondido o questionário de Fagerström e os que foram questionados acerca da motivação para a cessação do tabagismo. Fez parte do levantamento realizado a identificação de possíveis resultados relacionados à cessação do tabagismo obtidos apenas através da abordagem cognitivo comportamental, sendo excluídos da análise os pacientes que usaram de qualquer tipo de medicação pertinente. Foram selecionados 12 pacientes que preenchiam, na íntegra, os critérios adotados. Eram 6 mulheres (50%) e 6 homens (50), com idades que variavam de 32 a 74 anos.

Foi verificado os resultados dos questionários de Fagerström aplicados a estes pacientes, resultando no que segue:

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mulheres	X	X			X		X		X			X
Homens			X	X		X		X		X	X	
Pontuação no Teste de Fagerström	6	5	6	8	6	5	5	6	7	7	9	6

Observou-se que os pacientes **4** e **11** eram exatamente aqueles que evidenciavam um grau mais elevado de dependência química relacionada com a nicotina, o que, de certa forma justificava a maior carga tábica que os mesmos apresentavam, em comparação aos demais.

Algumas atitudes eram ensinadas aos pacientes visando a mudança de seus hábitos para evitar o tabagismo, como por exemplo:

- atrasar 30 minutos a cada 3 dias o horário de fumar o 1º cigarro do dia;
- dar apenas uma “tragada” e em seguida jogar fora o cigarro;
- sempre ao comprar um novo maço jogasse fora alguns cigarros – 2, 4 ou 6 por vez;
- descobrir que outros hábitos – tomar café, por exemplo – provocasse o desejo pelo cigarro e tentar resistir, ou seja, tomar o café mas não fumar em seguida;
- adotar o mesmo comportamento em relação a bebidas alcoólicas, se fosse o caso;

Ao final de alguns meses de acompanhamento o que se verificou, em relação ao abandono – total ou parcial – do hábito tabágico, entre estes pacientes foi o seguinte:

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mulheres	X	X			X		X		X			X
Homens			X	X		X		X		X	X	
Pontuação no Teste de Fagerström	6	5	6	8	6	5	5	6	7	7	9	6
Cessaçã parcial			X		X	X				X		
Cessaçã total	X	X					X					X
Sem modificaçã				X				X	X		X	

O dado positivo é que se pode extrair desta observação é que, de fato, **8** pacientes (66,66%) deixaram de fumar de forma total ou parcial e apenas **4** pacientes (33,33%) persistiram fumando. Esta é uma maneira otimista de interpretar os resultados, mas julgamos que assim deve ser entendido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formas alternativas de exercer apoio às pessoas que querem parar de fumar variam de procedimentos desprovidos de significância científica até metodologias baseadas em evidências com comprovação. A abordagem cognitivo-comportamental é uma das formas de ajudar os pacientes à cessação do vício tabágico, por sensibilização a que os mesmos possam modificar seus hábitos, buscando, no seu cotidiano, estímulos positivos para tal. O trabalho realizado com o grupo de pacientes analisados neste TCC se constitui em uma amostragem do que pode e deve ser feito.

Os resultados encontrados são semelhantes ao que se verificam na literatura médica sobre o tema e devem ser encarados como estímulo a que novas abordagens devem ser implementadas para a tarefa, louvável e absolutamente necessária, de dar apoio a este tipo de clientela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Controle do Tabagismo: Tabagismo [Internet]. Rio de Janeiro: INCA Instituto Nacional do câncer. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde. Acessado em 10 de Agosto de 2016. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-control-tabagismo/tabagismo
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
3. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo: Um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Acessado em 19 de julho de 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf

MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: RELATO DE CASO E ANÁLISE CRÍTICA DA CONDUTA

GONÇALVES, Guilherme Vargas Ferreira. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Educacional Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

Orientador: Professor Doutor Marcus Jose do Amaral Vasconcellos. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Educacional Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

PALAVRAS CHAVE: Miocardiopatia periparto. Complicações na gravidez. Gravidez de alto risco.

INTRODUÇÃO

A miocardiopatia periparto é uma condição específica de insuficiência cardíaca em gestantes. Demakis et al. propuseram três critérios clínicos para o diagnóstico dessa condição. (²) Em 1997, membros do *National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI)* e do *Office of Rare Disease of the National Institutes of Health* estabeleceram os critérios ecocardiográficos. (³) Os critérios clínicos: insuficiência cardíaca no último mês da gestação ou nos cinco meses depois do parto; ausência de qualquer outra causa conhecida de insuficiência cardíaca; e ausência de cardiopatia identificada antes do último mês de gestação. Critérios ecocardiográficos de disfunção sistólica são: fração de ejeção menor que 45%, encurtamento percentual menor que 30% e diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo maior que 2,7 cm/m². (^{2 3})

A incidência dessa afecção varia de 1/100 a 1/15.000 gestações, com predominância em populações de ascendência africana. (⁴)

Os fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento da miocardiopatia periparto são: mulheres de raça negra, idade acima de 30 anos, multiparidade, gestações múltiplas, consumo de entorpecentes (em especial, a cocaína), uso de beta-agonistas por mais de quatro semanas, antecedentes de doenças hipertensivas na gestação – hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, cesariana e antecedente de miocardite. (^{5 6}) Verificou-se que o estresse oxidativo pode ativar enzimas nas células cardíacas, como metaloproteinases e catepsina D. (⁴) Essas enzimas fragmentam a prolactina, de peso molecular 23- kDa, convertendo-a em fragmentos menores que 16-kDa, o que ocasiona apoptose, desagregação de capilares, inflamação e vasoconstricção, além de dilatação das câmaras cardíacas. (⁴)

Há uma estreita correlação entre NT-pro BNP, prolactina e marcadores de estresse oxidativo e marcadores inflamatórios, sugerindo um papel do eixo estresse oxidativo e prolactina na fisiopatologia da CMPP. O bloqueio da prolactina com o agonista da dopamina - a bromocriptina -, preveniu o desenvolvimento de CMPP em mulheres de alto risco.

A radiografia de tórax e o eletrocardiograma são exames complementares úteis para confirmar o diagnóstico da miocardiopatia

As clássicas medidas de restrição hídrica, betabloqueador, diuréticos de alça, digitálicos, espirolactona, hidralazina e nitratos podem ser utilizados, porém no caso de rápida deteriorização hemodinâmica o uso das drogas imunossupressoras (azatioprina, ciclofosfamida), aminas vasoativas e medidas de suporte mecânico circulatório e o transplante cardíaco poderão ser necessários. (9)

O uso de valsartana, adicionado à terapêutica para IC em pacientes com classe II, III e IV da NYHA foi testado no estudo Val-Heft3, tendo ocorrido uma diminuição de 13,2% da combinação morbimortalidade e uma diminuição de 24% de reinternações por piora da insuficiência cardíaca. O paciente com IC apresenta comorbidades, como: variabilidade dos níveis de PA sistólica, doença arterial coronariana, nefropatias com ou sem microalbuminúria, diabetes, etc., e podem influenciar no tratamento e na subutilização de uma substância, afetando o prognóstico. A valsartana já mostrou eficácia em diminuir a proteinúria, e em pacientes com nefropatias a proteinúria é um marcador de aumento na mortalidade.

Médicos têm sido advertidos em relação ao uso de bloqueadores de canal de cálcio (BCC) em pacientes com IC, mesmo no tratamento de angina e HAS coexistentes, pois se encontram nos bloqueadores de canal de cálcio não di-hidropiridínicos, efeitos inotrópicos negativos, o que excluiria o uso dessa classe na IC. Porém não está claro se todos os BCC têm efeitos adversos nesses pacientes. Estudos clínicos demonstram que o besilato de amlodipina pode mesmo reduzir sintomas e melhorar a tolerância ao exercício.

Estudo recente demonstrou que a adição de bromocriptina na terapia-padrão da IC em mulheres com CMPP melhorou a FEVE e os resultados clínicos, embora os resultados ainda não sejam definitivos, necessitando de estudo multicêntrico de larga escala (11).

OBJETIVOS

Objetivo Primário

Relatar um caso de miocardiopatia periparto acontecido no Hospital de Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano em 2016.

Objetivo Secundário

Comparar com casos da literatura com a finalidade de criticar diagnóstico e conduta recebidos pela paciente.

Objetivo Acadêmico

Apresentar requisito obrigatório para obter o grau em Medicina pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos

JUSTIFICATIVA

A miocardiopatia periparto, pela sua raridade e com etiologia de difícil entendimento, despertou-me o interesse de apresentar este relato caso como meu trabalho de conclusão de curso de Medicina. Minha filosofia foi procurar alguns outros casos na literatura para que pudesse fazer uma comparação com nossa paciente. Ao fim desta pesquisa apresento uma série de normas básicas para que sempre pensemos na miocardiopatia como um diagnóstico possível.

METODOLOGIA

Realizou-se um relato de caso por meio de entrevista e revisão de prontuários da paciente internada no Hospital das Clínicas Constantino Ottaviano.

Caso Clínico

Identificação – ASE, 30 anos, negra, gesta 5 para 5, natural de São Fidélis Boa Esperança, e há 8 meses reside em Teresópolis, solteira, do lar. Admitida no Hospital de Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano no dia 04/03/2016 às 16:40, com quadro de dispnéia ao repouso, edema de membros inferiores, turgência jugular e hepatomegalia. Hipótese diagnóstica: insuficiência cardíaca congestiva descompensada.

Ecocardiograma: FE: 29%. Aumento das quatro cavidades; Função sistólica global do V.E com importante hipocontratilidade; função diastólica padrão restritivo grau III; Moderado a importante refluxo mitral e tricúspide; Pressão de artéria pulmonar elevada 76 mmHg; V.D hipocontrátil; Pericárdio normal, VCI 2,2 cm, mobilidade respiratória abaixo de 50%; Discreto derrame pleural bilateral.

Radiografia de tórax com aumento da área cardíaca e derrame pleural bilateral.

História da doença atual - Paciente relata que iniciou sintomatologia de dispnéia, edema de membros inferiores e cansaço aos grandes esforços semanas após o nascimento de seu último filho há seis meses, com piora progressiva do cansaço para médios e pequenos esforços, dispnéia ao repouso e piora do edema. Nesta sua última gestação, a paciente relata ter sido diagnosticada com hipertensão arterial no período puerperal imediato, iniciado tratamento com atenolol 50mg (1 vez/dia) e hidroclorotiazida 25mg (1 vez/dia). Todas as gestações foram acompanhadas de pré-natal, não houve intercorrências durante os períodos gestacionais.

História patológica pregressa: Nega diabetes, hipertensão arterial prévia ou durante os períodos gestacionais.

História Familiar: Pais hipertensos.

História Fisiológica: Menarca aos 13 anos, ciclos regulares, fluxo normal.

História Social: Nega tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas. Morou por sete anos em casa de pau a pique. Nunca viu o barbeiro em sua moradia. Hoje reside em casa de alvenaria, água tratada, tratamento de esgoto, coleta de lixo. Não possui animais de estimação.

Internação hospitalar.

Ao exame sinais vitais: FC 107; FR: 31; PA 140 x 90 mmHg; Tax.: 36,0°C. Sat.O2 97%.

LOTE, dispneica, anictérica, acianótica, hidratada, corada, afebril.

ACV: ritmo regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, com sopro sistólico grau II em área tricúspide e mitral.

AR: MV diminuído em bases pulmonares com leves crepitações.

Abdome: Globoso, peristáltico, timpânico, dor a palpação profunda em hipocondrio direito, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, sem sinais de irritação peritoneal.

MMII: Edema 2/4, cacifo +, extremidades quentes, pulsos palpáveis, panturrilhas livres.

Conduta

Iniciado tratamento com Furosemida 20mg EV 2x / dia; Carvedilol 3,125mg VO 2x / dia; Espironolactona VO 50mg/dia, Captopril 25mg VO se PA > 180 x 110 mmHg, Heparina 5000U SC 2x/dia

No 10º dia de internação, com a paciente já compensada do quadro de insuficiência cardíaca, paciente evoluiu com icterícia, dor abdominal intensa contínua, em todo quadrante inferior (FIE) do abdome e leucocitose com desvio para a esquerda sendo iniciado ceftriaxona apesar de não definir o foco infeccioso.

No dia 11 (16/3/16) foi constatado ao exame físico presença de lesões nodulares e purpúricas eritematosas sugestiva de nódulos de Osler, iniciado antibioticoterapia com Vancomicina, Gentamicina e mantida a ceftriaxona.

No 26º dia, paciente apresentou aumento progressivo das escórias nitrogenadas, sendo suspensa a Gentamicina, mantendo a Ceftriaxona e Vancomicina. Mantendo a piora progressiva das escórias nitrogenadas, foi também suspensa a Vancomicina e iniciado Oxacilina no 35º dia de IH. Após suspensão dos antibióticos paciente evoluiu com piora

da leucocitose, aumento significativo do sopro mitral e aumento da vegetação ao ecocardiograma, com 1.7 cm.

Pela CCIH, foi sugerido fazer Daptomicina 500mg 1 vez ao dia, e Ampicilina + Ceftriaxona, sendo iniciado no 42º dia. Paciente evoluiu com melhora da leucocitose, e diminuição progressiva das escórias nitrogenadas que se encontram normais pelo último exame laboratorial no 61º dia: creatinina = 1.1 e uréia = 33 e leucócitos de 10.400.

Realizado ecocardiograma que evidenciou presença de vegetação na cúspide mitral posterior, ponta, face atrial, diâmetro de 1,24cm. Não foi colhida hemocultura por ausência de frascos.

No 70º dia, paciente apresentou mal súbito ao tentar levantar do leito, com parada cardio-respiratória. Realizada entubação oro-traqueal e iniciado manobras de reanimação. Paciente não resistiu e veio a óbito.

CONCLUSÕES

Em conclusão, a miocardiopatia periparto é uma afecção com vários fatores de risco e sem causa definida. Pode estar associada a distúrbio hipertensivo específico da gestação e a tromboembolismo venoso. O tratamento utiliza as drogas para insuficiência cardíaca em geral e o prognóstico ainda é reservado. Com os avanços terapêuticos, a taxa de mortalidade da cardiomiopatia periparto tem diminuído. Pesquisas com vistas a esclarecer a etiopatogenia dessa enfermidade deverão ser implementadas, o que poderá facilitar as medidas preventivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Demakis JG, Rahimtoola SH, Sutton GC, Meadows WR, Szanto PB, Tobin JR, et al. Natural course of peripartum cardiomyopathy. *Circulation*. 1971;44(6):1053-61.
- 2 - Pearson GD, Veille JC, Rahimtoola S, HsiaJ, Oakley CM, Hosenpud JD, et al. Peripartum cardiomyopathy: National Heart, Lung, and Blood Institute and Office of Rare Diseases [National Institutes of Health] workshop recommendations and review. *JAMA*. 2000;283(9):1183-8.
3. Ardila DFP, Hurtado SN, Osorio EMA, Rosero RAA. Miocardiopatia periparto. *Rev Insuf Cardíaca*. 2009;4(4):177-83.
- 4 - Ramaraj R, Sorrell VL. Peripartum cardiomyopathy: causes, diagnosis, and treatment. *Cleve Clin J Med*. 2009;76(5):289-96.
- 5 - Werneck GL, Moreira EV, Pavani ZP et al. Eficácia e Segurança com Diferentes Associações Medicamentosas na Cardiomiopatia Periparto. *Rev Bras Cardiol*. 2011;24(2):128-130

6 - Packer M, O'Connor CM, Ghali JK et al. Effect of amlodipine on morbidity and mortality in severe chronic heart failure. N Engl J Med. 1996;335(15):1107-14.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO – RELATO DE CASO

XAVIER ALVES, Gustavo Bassi. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO)

MONTEIRO DE BARROS, Maria da Glória C. Reis. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO)

PALAVRAS CHAVES: Lúpus. LES. Autoimune. SAF. Síndrome Rowell

INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica do tecido conjuntivo, multissistêmica, autoimune, de etiologia não esclarecida. Diferentes fatores favorecem seu desenvolvimento, entre os quais se destacam: predisposição genética, fatores ambientais como luz ultravioleta, infecções virais, substâncias químicas, hormônios sexuais e fatores emocionais^{1,3}. Se caracteriza por importantes distúrbios imunológicos, com a presença de auto-anticorpos dirigidos, sobretudo contra antígenos nucleares, deposição de imunocomplexos e oclusão de pequenos vasos em órgãos variados. É possível encontrar auto-anticorpos no plasma dos enfermos por três anos ou mais antes dos sintomas aparecerem^{1,2,3}. As manifestações clínicas são inúmeras, havendo sinais e sintomas constitucionais como: fadiga, febre, perda de peso e sintomas específicos como: Musculatura Esquelética: (poliartrite, sinovite), Cutâneas: (dermatite lúpica), Neurais: (cefaleia, convulsões, psicose), Hematológicas: (leucopenia, anemia), Pulmonar: (pleurite, derrame pleural). Cardíaca: (pericardite), Renais: (nefrite lúpica). Em 2012 estabeleceu - se o Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) para classificação do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Nesta classificação para o indivíduo ser considerado como portador de lúpus é necessário possuir 4 critérios sendo que necessariamente 1 clínico e 1 imunológico, ou deve ter nefrite confirmada por biopsia na presença de fator antinuclear positivo ou anticorpo anti-DNA nativo positivo⁸. Critério de classificação do SLICC 2012: CRITÉRIOS CLÍNICOS 1 Lúpus Cutâneo Agudo: Rash malar (asa de borboleta); lúpus bolhoso; rash maculopapular. 2 Lúpus Cutâneo Crônico: Lúpus discoide clássico (localizado- acima do pescoço: difuso- acima e abaixo do pescoço); lúpus hipertrófico (verrucoso); lúpus profundo (panculite); lúpus mucoso. 3 Alopecia: Rarefação difusa e fragilidade dos cabelos, fios quebradiços. 4 Úlceras orais ou nasais: Úlceras em palato, língua ou mucosa nasal 5 Doença Articular: Sinovite em 2 ou mais articulações ou dor em 2 ou mais articulações mais rigidez matinal por mais de 30 minutos. 6 Serosite: Dor pleurítica por mais de 1 dia, derrame pleural, atrito pleural ou dor torácica tipo pericardite por mais de 1 dia, derrame pericárdico, atrito pericárdico ou sinais eletrocardiográficos de pericardite na ausência de outras causas. 7 Nefrite: Proteinúria maior ou igual a 500 mg/dia ou cilindros hemáticos 8 Manifestações Neurológicas: Crises convulsivas, psicose,

mononeurite múltiplas, neuropatia periférica ou craniana ou estado confusional. 9 Anemia Hemolítica: Laboratorial de anemia hemolítica 10 Leucopenia ou Linfopenia: Contagem de leucócitos < 4000\ml ou contagem de linfócitos < 1000\ml na ausência de outras causas. 11 Plaquetopenia: Contagem de plaquetas < 100000\ml na ausência de outras causas. CRITÉRIOS IMUNOLÓGICOS 12 FAN: Anticorpos antinucleares acima dos limites de referência. 13 Anti-DNAs: Anti-DNA dupla fita acima dos limites de referência. 14 Anti-Sm: Presença de autoanticorpos contra o antígeno nuclear de Smith. 15 Anticorpo Antifosfolipídico: Pelo menos 1 dos seguintes positivos: anticoagulante lúpico, anticardiolipina em altos títulos(IgA, IgG ou IgM), anti-beta-2-glicoproteína 1 (IgA, IgG, IgM) ou renina plasmática rápida falso-positivo. 16 Hipocomplementemia: C3 baixo, C4 baixo ou CH50 baixo. 17 Coombs direto positivo: Teste de Coombs direto positivo na ausência de anemia hemolítica⁸.

Faz necessário também a investigação para descartarmos possíveis complicações derivadas da doença. A privação solar provoca deficiência da vitamina D que está intimamente associada ao metabolismo do cálcio, em doses baixas, pode induzir ao hiperparatireoidismo secundário levando a osteoporose. Devemos investigar também a presença dos anticorpos anti-fosfolipídeo, pois na síndrome antifosfolipídeo (SAF) podem ocorrer eventos embólicos esporádicos^{5,7}.

O tratamento do LES consiste em controlar os sintomas agudos e crônicos da doença, com objetivo de evitar a perda progressiva da função do órgão acometido, reduzir as exacerbações e minimizar as complicações^{4,6}.Tendo a prednisona como padrão, os glicocorticoides são os fármacos mais utilizados no tratamento, suas doses diárias variam de acordo com a gravidade da doença. Pelos vários efeitos colaterais, os glicocorticoides devem ser utilizados na menor dose efetiva para o controle da atividade da doença e com redução gradual de sua dose, assim que possível^{1,4}.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Realizar revisão literária atualizada sobre etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, complicações e tratamento do LES.

Objetivo Específico

Apresentar um caso diagnosticado com Lúpus Eritematoso Sistêmico de paciente adulta.

JUSTIFICATIVA

A relevância deste trabalho é de mostrar uma paciente com lúpus em fase de exacerbação, com ferimentos cutâneos extensos e difusos, associados com a Síndrome de Rowell.

METODOLOGIA

Realizou-se um relato de caso por meio de entrevista e revisão de prontuários da paciente. Analisou-se os prontuários da UNIFESO (Ambulatório e HCTCO), onde foram feitos o

diagnóstico, tratamento da fase de exacerbação e acompanhamento do LES até os dias de hoje no ambulatório de reumatologia.

RELATO DE CASO

L.G.D.S.F, 42 anos, feminino, casada, doméstica, residente e natural de Teresópolis, Rio de Janeiro. Há aproximadamente dois meses (abril/2016) antes da sua internação no HCTCO, a paciente notou lesões de hiperemia e ardência em regiões anteriores e posteriores do tórax após exposição solar intensa em seu domicílio. Negligenciou os sintomas, até que um mês depois (maio/2016) evoluíram para lesões eritematosas bolhosas nesta topografia que disseminaram para membros superiores, inferiores e face com associação de intenso prurido, relatou um episódio de febre não aferida. Procurou o ambulatório de dermatologia, o qual realizou biópsia de pele em dorso (17/05/2016), evidenciando focos com dano basal e de folículo piloso, discreto infiltrado linfocitário perivascular com diagnóstico: dermatite de interface vacuolar, compatível com lúpus eritematoso. Procurou assistência no ambulatório de reumatologia que já realizava acompanhamento devido à artrite reumatoide diagnosticada há aproximadamente seis anos com uso, de forma irregular, de prednisona 20mg pela manhã. Foi encaminhada ao serviço de clínica médica do hospital das clínicas de Teresópolis para melhor investigação. No dia 02 de junho de 2016 foi internada, no exame de admissão a paciente apresentava eritema, com exulceração e crostas hemáticas bilaterais em face, extensa área exulcerada com crostas hemáticas e placas eritematosas em região anterior de tórax, abdômen e membros superiores, extensa área de descolamento epidérmico em dorso e lesões em alvo nos membros inferiores. Queixava-se de dificuldade para deglutir devido a lesões dolorosas em orofaringe, o restante do exame físico estava sem alterações, foram requisitados exames hematológicos, radiografia de tórax e sorologias. Na primeira semana de internação foi prescrito Prednisona VO 60mg/dia, Hidroxicloroquina VO 400mg/dia, carbonato de cálcio VO 500mg/dia, além de Dipirona e Bromoprida. Exames adulterados realizados durante a internação: Leucócitos (N: 5000 a 10000cél/mm³) 2.700 cél/mm³ com 10% de bastões; Glicose (N: 70 a 99mg/dl) 368 mg/dl; Colesterol Total (N: até 200mg/dl) 234 mg/dl; Triglicerídeos (N: até 150mg/dl) 365 mg/dl; VHS (N: até 10mm) 105 mm; PCR (N: 1 a 3mg/l) 126,2 mg/l; FAN (N: títulos com valores baixos) 1/1280 padrão nuclear homogêneo, reativo com núcleo e placa metafásica cromossômica; Anti-RO não reagente; Anti-SM negativo; C4 (N: 10 a 40mg/dl) 7 mg/dl; Proteínas Totais (N: 6,4 a 8,2g/dl) 5,4 g/dl; Albumina (N: 50 a 65%) 41,6%; Alfa 1 Globulina (N: 3 a 7%) 7,5%; Alfa 2 Globulina (N: 6 a 12 %) 20,6 %. Foi solicitada nova biópsia de pele, colhida dos membros inferiores, com diagnóstico compatível de eritema multiforme. Na segunda semana de internação, paciente queixou-se de palpitações, alguns episódios de dispnéia e dor torácica. Ao exame, ritmo cardíaco irregular, sem sopros, frequência cardíaca de 160 bpm, SatO₂ = 96%, solicitado Ecocardiograma, sem alterações e ECG que mostrou Fibrilação Atrial sem instabilidade hemodinâmica, realizado Amiodarona 300mg (dose ataque) mais 150mg (dose manutenção). Após três semanas de internação, a paciente evoluiu com importante melhora das lesões cutâneas, iniciada associação com Azatioprina 50 mg/dia e redução da dose de Prednisona. No dia 17 de junho de 2016 recebeu alta hospitalar com encaminhamento ambulatorial de reumatologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da dificuldade, é de suma importância a identificação precoce dos sinais e sintomas clínicos do LES para confirmação de seu diagnóstico, evitando agressões a diversos órgãos

e sistema do organismo. Por ser uma doença sem cura e com períodos de exacerbações e quiescência, devemos orientar os pacientes sobre os meios preventivos e continuar o tratamento prescrito regularmente, independentemente da melhora momentânea das lesões. A paciente apresentada foi diagnosticada com LES tardiamente, necessitando ficar internada em fase de exacerbação, durante três semanas com amplas lesões cutâneas em associação da Síndrome de Rowell, a proposta terapêutica e o prognóstico da síndrome são iguais ao do LES⁹, sendo a primeira escolha os glicocorticoides. O tratamento com Prednisona em alta dose obteve sucesso, com regressão importante dos sintomas apresentados^{1,9}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borba EF, Latorre LC, Brenol JCT, Kayser C, et al. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Rev Bras Reumatol. 2008; 48(4): 196-207.
2. Freire EAM, Souto LM, Ciconelli RM. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. Rev. Bras. Reumatol. 2011; 51(1): 70-80.
3. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Lúpus eritematoso sistêmico: acometimento cutâneo/articular. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52(6): 375-88.
4. BorbaEF, Bonfá E. Lúpus Eritematoso Sistêmico. In: Lopes AC, Amato V, et.al. Tratado de Clínica Médica. São Paulo: ROCA; 2006. p.1595-604
5. Marques CDL, Dantas AT, Fragoso TS, Duarte ALBP. A importancia dos níveis de vitamina D nas doenças autoimunes. Rev Bras Reumatol. 2010; 50(1): 67-80.
6. Sato EI, Bonfá ED, Costallat LTL, Silva NA, et al. Lúpus Eritematoso Sistêmico: Tratamento do Acometimento Sistêmico. Rev Bras Reumatol. 2004; 44(6): 458-63.
7. Santamaria JR, Mandelli FL, Badziak D, et al. Síndrome antifosfolípide. An Bras Dermatol. 2005; 80(3): 225-39
8. Mocarzel LOC, Lanzieri PG, Montes RA, Gismondi RAOC, Mesquita CT. Lúpus Eritematoso Sistêmico: Revisão das Manifestações Cardiovasculares. Internacional Journal of Cardiovascular Sciences. 2015; 28(3): 251-61.
9. González AEZ, Suárez AO, Cherit JD, González JMD. Síndrome de Rowell. Informe de un caso y revisión de nuevos critérios diagnósticos. Dermatologia CMQ. 2015; 13(1): 44-46.

ENDOCARDITE BACTERIANA EM PACIENTE COM MIOCARDIOPATIA PÓS-PARTO RELATO DE CASO

VIANNA, Gustavo Tavares. *Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos*

ALVIM, Marina Osório. *Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos*

PALAVRAS-CHAVE: Endocardite bacteriana. Endocardite infecciosa. Bacteremia. Endocardite infecciosa aguda.

INTRODUÇÃO

A endocardite infecciosa é uma doença em que os agentes infecciosos invadem as superfícies endocárdicas, produzindo inflamação e lesões. A infecção frequentemente causa vegetações, que são estruturas compostas de plaquetas, fibrina e microorganismos infecciosos (3). Esta infecção acomete principalmente os pacientes com doença em valvas nativas, portadores de prótese valvar e usuários de drogas intravenosas. No entanto, existem fatores de risco que contribuem para esta doença, como neutropenia, imunodeficiência de qualquer etiologia, diabetes e alcoolismo (4).

É uma doença grave que envolve o endocárdio mural e uma ou mais valvas cardíacas ou defeitos septais, podendo cursar com importantes complicações cardíacas e sistêmicas durante o tratamento (5).

A lesão característica da EI, a vegetação, consiste numa massa amorfa de tamanho variável de plaquetas e fibrina, na qual são capturados microrganismos em abundância e algumas células inflamatórias (1,2).

As valvas cardíacas são envolvidas com maior frequência, mas as infecções podem ocorrer em um defeito septal, nas cordas tendíneas ou no endocárdio mural (2), lesionado por jatos sanguíneos aberrantes ou por corpos estranhos, ou ainda sobre dispositivos intra-cardíacos (1). Muitas espécies de bactérias causam EI; todavia, estreptococos, estafilococos, enterococos e cocobacilos gram-negativos fastidiosos causam a maioria dos casos de EI.

Os termos agudos e subagudo são usados, frequentemente, para descrever endocardite. A EI aguda é causada tipicamente pelo *S. aureus*. Surge com toxicidade acentuada e evolui durante dias ou até semanas até a destruição valvar ou infecção metastática (2). É uma doença febril consumptiva que lesiona rapidamente as estruturas cardíacas e se dissemina por via hematogênica para locais extracardíacos e quando não tratada, evolui em semanas para o óbito (1). A EI subaguda geralmente causada por *Streptococcus viridans*, enterococos,

estafilococos coagulase-negativos ou cocobacilos gram-negativos, evolui durante semanas ou meses, com discreta toxicidade e raramente causa infecção metastática (2). Geralmente tem uma evolução indolente; causa lesões cardíacas estruturais apenas lentamente, se é que chega a fazê-lo; raramente lança metástases; e evolui de modo gradual, a menos que venha a complicar-se por um evento embólico importante ou pela ruptura de um aneurisma micótico (1).

Tradicionalmente, o tratamento é feito com o paciente internado por longo período. Vários estudos, porém, têm demonstrado a possibilidade de condução parcial em regime ambulatorial. Resultando em diminuição dos gastos hospitalares e maior conforto para o paciente (6,7).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Apresentar um caso de Endocardite Bacteriana em paciente que evoluiu com miocardiopatia no pós-parto.

Objetivos Específicos

Descrever os dados da história clínica, exame físico e exames complementares de uma paciente acometida pela Endocardite Infeciosa;

Realizar uma revisão bibliográfica sobre epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico da EB.

METODOLOGIA

Estudo descritivo retrospectivo, constando de relato de caso e revisão bibliográfica. Os dados para o relato foram obtidos através do prontuário da paciente. A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando o termo “Endocardite Infeciosa” em bibliotecas online. Para tanto foram feitas pesquisas na base de dados da PubMed, BVS e Sociedade Brasileira de Cardiologia. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Versa o mesmo sobre a profilaxia da endocardite bacteriana, através de uma apresentação de caso, sustentado por uma revisão da literatura e seus conceitos mais relevantes, discutindo as principais referências e sua aplicabilidade na realidade brasileira.

ANÁLISE

A história clínica da paciente é marcada por repetidas crises de dispneia e cansaço. Foi transferida e internada no HCT pela Clínica Médica, no dia 04/03/2016 com quadro de dispneia ao repouso, edema de MMII, turgência jugular e hepatomegalia sendo diagnosticada com insuficiência cardíaca descompensada associado a derrame pleural e uma dor abdominal a esclarecer.

Aguardava parecer da cirurgia cardíaca em Nova Friburgo – RJ para troca valvar. Pois sua condição era de insuficiência mitral grave com indicação cirúrgica.

Evoluiu para parada cardiorrespiratória no dia 12/05/2016 após mal súbito ao tentar se levantar da cama. Paciente estava em gasping no momento do atendimento. Foi realizada intubação orotraqueal associada a manobras de reanimação, sem êxito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EI representa uma doença com perfil variável dinâmico, com mudanças profundas nos últimos anos. Apesar da alta prevalência nos idosos, o caso exposto trata-se de uma adulta jovem de 30 anos.

Este trabalho foi realizado com o objetivo de apresentar uma discussão sobre a condição deste paciente enfermo, permitindo maior difusão do conhecimento acerca desta doença.

A importância do diagnóstico precoce tornou-se evidente, uma vez que a qualidade e a expectativa de vida dependem diretamente da intervenção e manejo adequados das condições impostas pela patologia.

A paciente avaliada na unidade médica, com endocardite infecciosa, revelou as dificuldades do sistema público de saúde. Onde num caso como esse, em que o tempo e manejo correto são vitais, a política de saúde pública se mostra ineficiente.

REFERÊNCIAS

1. Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson, Loscalzo, et.al. Endocardite Infecciosa. Medicina Interna de Harrison. 18.ed. Porto Alegre; 2013. p. 1052-63
2. Robert OB, Douglas LM, Douglas PZ, Peter L. Endocardite Infecciosa. In: Braunwald - Tratado de doenças cardiovasculares. 9.ed. Rio de Janeiro; 2013. p. 1577-98
3. Barbosa MM. Infective endocarditis: clinical profile in evo Infective endocarditis: clinical profi le in evolution.Arq Bras Cardiol, 2004;83:189-90.
4. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association:a guideline from the American Heart AssociationRheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee,Council on Cardiovascular Disease in the Young,and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Careand Outcomes Research Interdisciplinary Working Group.Circulation, 2007;116:1736-54.
5. Carvalho G. Bestetti RB. Godoy M. Cury P. Leme Neto AC. Fístula aorta-ventrículo direito: uma complicação inesperada da endocardite bacteriana. Arq Bras Cardiol. 2005; 85 (5): 346-7.
6. Poretz DM. Eron LJ. Goldenberg RI. Gilbert AF. Rising J. Sparks S. et al. Intravenous antibiotic therapy in the outpatient setting. JAMA. 1982; 248(3): 336-9.

7. Durack DT. Karchmer AW. Blair R. Wilson W. Dismukes W. Tice AD. et al. Home intravenous antibiotic therapy [letter]. *Am J Med.* 1993; 94: 114-5.

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DOS CRITÉRIOS SEPSE-III PARA O DIAGNÓSTICO DA SEPSE NO BRASIL

Perez, Mario Castro Alvarez. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Figueiredo, Luís Filipe. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Maia, Ian Ward Abdalla. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVE: sepse; SOFA; diagnóstico; tratamento; prognóstico.

INTRODUÇÃO

Em 2016, um novo consenso acerca das definições da sepse e choque séptico (SEPSE-III) foi lançado em meio a grandes polêmicas. Os novos critérios diagnósticos endossam o escore SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) como principal ferramenta diagnóstica, definindo sepse como um quadro de disfunção orgânica ocasionado por um processo infeccioso invasivo¹.

O escore SOFA, idealizado por Jean-Louis Vincent e publicado em 1996, é uma ferramenta mais conhecida pelos intensivistas, aplicada na avaliação diária dos pacientes críticos. Analisando seis parâmetros, é possível avaliar o grau de disfunção orgânica do paciente; além disso, uma visão dinâmica, com reavaliações intermitentes, permite aferir a eficácia da terapêutica imposta ao doente (9). Os compartimentos e parâmetros avaliados estão representados na tabela 1.

	0	1	2	3	4
PaO₂/FiO₂	≥ 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Plaquetas	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Bilirrubina	< 1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	≥ 12
PAM	≥ 70	< 70	Dopamina < 5 ou uso de Dobutamina	Dopamina 5.1- 15 ou Nora ≤ 0.1	Nora > 0.1 dopamina > 15
Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Creatinina	< 1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	≥ 5.0
Debito urinário				< 500 ml/d	< 200 ml/d

Tabela 1 – Escore de SOFA. Os parâmetros considerados são, respectivamente, a relação entre pressão parcial de oxigênio (PaO₂) dissolvida no sangue arterial e fração inspirada de oxigênio (FiO₂), dosagem de plaquetas, dosagem da bilirrubina, pressão arterial média (PAM), escore de Glasgow e dosagem da creatinina. Os compartimentos avaliados são: Pulmonar, hematológico, hepático, cardiovascular, neurológico e renal.

O *quickSOFA*, uma das novidades do novo consenso, representa um novo método de triagem de pacientes possivelmente sépticos, constituindo-se num bom indicador de mortalidade e tempo de permanência em UTI. Ele é composto por três critérios: 1. Pressão arterial sistólica menor que 100mmHg; 2. Frequência respiratória maior que 22 irpm; e 3. Alteração (rebaixamento) do nível de consciência. A presença de dois ou três critérios do *quickSOFA* indica um paciente potencialmente grave, devendo-se acessar o seu SOFA o quanto antes. Entretanto, é importante ressaltar que, mesmo com um *quickSOFA* negativo, no paciente onde a suspeita de sepse é alta, deve-se continuar a investigação através da aplicação do SOFA¹.

Na nossa realidade nacional, a principal crítica à aplicação dos critérios definidos pelo novo modelo é a esperada dificuldade na obtenção em tempo hábil, nas unidades de emergência, dos resultados de exames complementares componentes do escore SOFA. Em verdade, caso aplicadas, as novas diretrizes podem resultar em atrasos tanto na identificação da sepse quanto no início da sua terapêutica específica, levando a um pior prognóstico dos pacientes afetados. Além disso, selecionando os pacientes supostamente sépticos com base na análise da presença de disfunções orgânicas, pode-se antever que apenas os pacientes mais graves serão reconhecidos, limitando a sensibilidade do instrumento diagnóstico para a condição. Assim, desenvolvida a partir de dados coletados apenas em países desenvolvidos, a nova abordagem proposta para o diagnóstico da sepse parece ser um retrocesso para os países onde o sistema de saúde é precário, sendo clara a necessidade de estudos que avaliem a sua real aplicabilidade em tais cenários.

METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo prospectivo observacional. Foi elaborado um questionário com oito itens (ANEXO A), que permite comparar o tempo “PORTA-DIAGNÓSTICO” segundo a abordagem usual versus aquele obtido através da abordagem em sintonia com o modelo SEPSE-III. O protocolo do estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde o estudo foi realizado, sendo o projeto registrado na Plataforma Brasil.

Os tempos Δ Porta-SIRS positivo e Δ Porta-SOFA positivo foram definidos como os tempos decorridos desde a entrada na unidade de emergência até o estabelecimento do diagnóstico de sepse pelos critérios de SIRS e pelo SOFA, respectivamente. Esses tempos foram arbitrariamente considerados como semelhantes quando a diferença entre ambos fosse inferior a 30 minutos

RESULTADOS

Ao longo de 6 meses, foram avaliados 21 pacientes com suspeita de sepse. Dentre eles, 67% pertenciam ao sexo masculino. A mediana da idade foi de 72 anos, havendo uma maior concentração de casos na faixa etária entre 71 e 80 anos (aproximadamente 40% dos casos

– Figura 1). Oitenta e seis por cento dos pacientes arrolados eram portadores de comorbidades crônicas que poderiam interferir na pontuação obtida no escore SOFA. Todos os dados coletados acerca dos 21 pacientes arrolados no estudo encontram-se no ANEXO B.

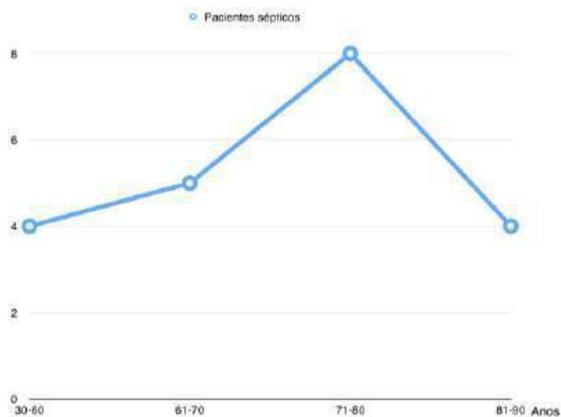


Figura 1. Gráfico da distribuição de casos segundo a faixa etária.

Nos pacientes diagnosticados como sépticos, tanto pelos critérios de SIRS quanto pelo SOFA, representados na figura 3, foi observado que, em cinco casos, o Δ Porta-SIRS positivo foi igual ao Δ Porta-SOFA positivo; em quatro casos, o Δ Porta-SOFA positivo foi maior que o Δ Porta-SIRS positivo, enquanto que em outros quatro casos Δ Porta-SOFA positivo foi inferior (Figura 3). Como um todo, não houve diferenças significativas nos tempos decorridos desde a entrada do paciente na unidade de emergência até o estabelecimento do diagnóstico de sepse com base nos critérios de SIRS ou no SOFA.

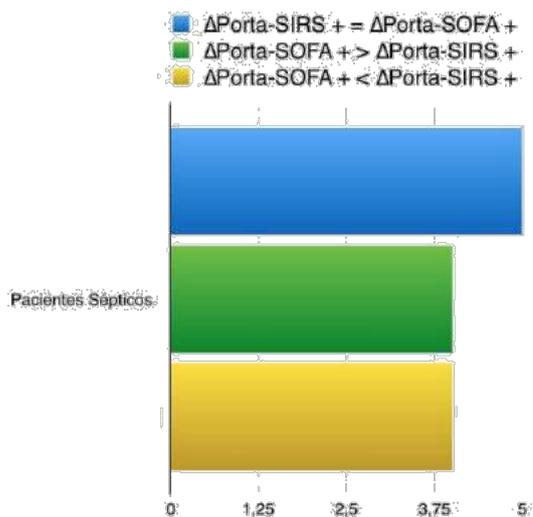


Figura 3. Distribuição dos casos com base nos tempos Δ Porta-SOFA positivo e Δ Porta-SIRS positivo.

Importante destacar, em 80% dos pacientes diagnosticados através do SOFA alterado, o diagnóstico foi estabelecido com base apenas nos parâmetros clínicos pertencentes ao escore (níveis tensionais e escore de coma de Glasgow) e na gasometria arterial como

podemos ver na figura 4. O tempo médio para a liberação dos resultados laboratoriais de 140 minutos. Em 71% dos casos, a dosagem sérica de bilirrubina não foi solicitada nos exames laboratoriais de admissão.

DISCUSSÃO

Com a nova definição de sepse proposta pelo consenso SEPSE III, a síndrome começou a ser intimamente relacionada à disfunção orgânica¹. Dessa forma, tornou-se absolutamente necessária a aplicação de um meio capaz de identificar a presença e quantificar o grau de disfunção orgânica existente. Com base nesses pressupostos, foi definido que uma variação maior ou igual a dois do SOFA basal, associada à presença de um foco infeccioso presumível ou confirmado, permitiria constatar o quadro séptico¹.

Esse foi o fim da antiga classificação “sepse grave”, uma vez que, a partir do novo modelo, toda sepse é grave, pois a definição da condição foi atrelada ao conceito de disfunção orgânica. Apesar das críticas formuladas ao novo conceito de sepse, incluindo a sua aplicabilidade prática em regiões com menores poderes econômicos, essa modificação conceitual pode ajudar quando pensamos em conscientização da população em geral – termos como “infecção generalizada” são comuns quando há uma referência a sepse.

Quando levamos esse novo conceito para as emergências, nos deparamos com alguns outros questionamentos. Por exemplo, como já exposto, a faixa etária média dos pacientes sépticos tem se elevado, sendo a condição cada vez mais vista, de forma predominante, em pacientes idosos, fato similar ao observado no presente estudo, em que a amostra foi constituída predominantemente por indivíduos com esse perfil etário. Ainda conforme amplamente reconhecido, a incidência de comorbidades é elevada na população idosa; em sintonia, quase 90% dos pacientes arrolados neste trabalho possuíam alguma comorbidade presente no momento da avaliação. Levando em consideração esse aspecto, é inerente que se levante a seguinte dúvida: afinal, será que a avaliação laboratorial do SOFA, com a mensuração das concentrações séricas de bilirrubina, plaquetas e creatinina, traduz realmente os efeitos de um insulto agudo, causado pelo quadro infeccioso, ou simplesmente reflete um comprometimento crônico da função de órgãos submetidos ao processo degenerativo do envelhecimento e/ou em razão de lesões induzidas por comorbidades? Nesses termos, é importante destacar que, quando se refere à abordagem na unidade de emergência, o SEPSE III pede para que se considere o SOFA basal de zero, a não ser que o paciente esteja ciente de alguma disfunção orgânica prévia ao insulto infeccioso¹.

CONCLUSÃO

Sepse é um grave problema de saúde pública. Apesar de conhecida desde épocas remotas, ainda traz diversas discussões quanto aos melhores métodos de diagnóstico, em uma batalha incessante entre sensibilidade e especificidade. O SEPSE-III traz informações relevantes que devem ser adotadas no nosso dia a dia. Porém, outros conceitos devem ser melhor avaliados frente à nossa realidade. Cabe ao emergencista experiente, com seu olhar crítico, achar o “meio termo”, iniciando a terapêutica o mais precocemente possível.

Em conclusão, fica claro que não precisamos de métodos mais avançados para a identificação de sepse na emergência. Ao invés disso, é necessário fazer um trabalho de conscientização, tanto populacional quanto entre os profissionais de saúde, para que

possamos iniciar o tratamento o quanto antes e, assim, garantir um melhor prognóstico para o paciente séptico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Singer M, Deutschman CS, Seymour C, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287.
- 2) Angus DC, van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. N Engl J Med. 2013;369(9):840-851.
- 3) Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse (ILAS). Sepse: um problema de saúde pública / Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Brasília: CFM, 2015.
- 4) Bone RC, Balk RA, Cerra FB, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest 1992;101:1644-55.
- 5) Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, et al: Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med 2001; 29:1303–1310
- 6) Hotchkiss RS, Karl IE: The pathophysiology and treatment of sepsis. N Engl J Med 2003, 342:138–150
- 7) Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al.: Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 2001, 345:1368– 1377.
- 8) Vincent J-L, Opal SM, Marshall JC, Tracey KJ. Sepsis definitions: time for change. Lancet. 2013;381(9868):774-775
- 9) Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Med. 1996;22(7):707-710.

TRATAMENTO DA ASMA BRÔNQUICA - ANÁLISE DO USO DE DIFERENTES DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

OLIVEIRA, Paulo Cesar de. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

FEITOSA, Igor José Carvalho. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVE: Asma, dispositivos inalatórios.

INTRODUÇÃO:

A Asma é uma das doenças crônicas mais comuns, acometendo crianças e adultos. Isto faz dela um problema de saúde mundial acometendo cerca de 300 milhões de pessoas no mundo e cerca de 20 milhões no Brasil. O gasto com o controle da asma é alto tanto para o governo quanto para os próprios pacientes. Estudos mostram que o custo direto da asma, foi à metade em pacientes controlados se comparados com os não controlados ⁽¹⁾. O custo indireto, também é menor nos pacientes controlados ⁽¹⁾. No entanto percebe-se que quanto mais controlado o paciente maior o gasto mensal deste com medicações ⁽¹⁾. Isso implica numa maior dificuldade de manutenção do tratamento, principalmente num país como o nosso aonde esse gasto chega a consumir cerca de 25% da renda familiar nas famílias com menor poder aquisitivo ⁽¹⁾. Esses dados nos mostram a importância de um acompanhamento metuculoso do paciente feito pelo profissional de saúde, para que assim o tratamento do paciente passe por todos os seus estágios e tenha a melhor otimização possível.

OBJETIVOS:

Realizar uma revisão bibliográfica acerca do tratamento atual da Asma Brônquica e avaliar comparativamente pacientes portadores desta enfermidade atendidos no Ambulatório de Pneumologia Unifeso, no que tange à adesão e utilização de diferentes dispositivos inalatórios empregados na terapêutica da Asma.

Asma Brônquica – Contextualização

A Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, apresentando hiper-responsividade. Manifesta-se através de obstrução do fluxo aéreos, reversível ou não, podendo apresentar episódios de sibilância, dispneia, aperto no peito, sendo a maior frequência à noite ou pela manhã ao acordar.

A clínica da Asma geralmente é inespecífica, no entanto não é difícil chegar ao diagnóstico na sua forma clássica. O diagnóstico é sugerido quando há a presença de um ou mais sintomas. A presença de sibilos; a dispneia; tosse crônica; a opressão ou desconforto são

sintomas comuns apresentados pelos pacientes. As manifestações que nos dão forte indício de asma são o desencadeamento por irritantes inespecíficos (como fumaças, odores fortes e exercício) ou por aeroalérgenos (fungos e ácaros); a variabilidade dos sintomas; a piora dos sintomas à noite e a melhora espontânea após o uso de medicações específicas para a asma.

Apesar do quadro clínico do paciente nos fornecer indícios fortes para o diagnóstico, deve-se utilizar de algum método objetivo para confirmá-lo.

Dentre os exames complementares que estão disponíveis na prática clínica estão:

Espirometria: o principal método diagnóstico usado na asma é a espirometria. Ela tem três utilidades principais na avaliação funcional da Asma: Confirmação do diagnóstico; documentar a gravidade da obstrução ao fluxo aéreo; monitorar o curso da doença e as modificações decorrentes do tratamento.

Verificação da Hiper-responsividade das Vias Aéreas: Nos casos em que o paciente apresente espirometria normal ou não tiver resposta ao broncodilatador significativa deve-se usar deste exame para confirmação diagnóstica. Para sua realização usa-se a inalação de substâncias broncoconstritoras como a metacolina, carbacol e a histamina. Além delas, pode ser usado a broncoprovocação por exercício.

Existem três instrumentos utilizados para avaliação do controle da Asma, são eles: Asthma Control Questionnaire (ACQ), Asthma Control Test (ACT), Asthma Control Scoring System (ACSS). Cada um possui sua peculiaridade sendo todos importantes para definir o futuro do tratamento da asma.

A asma não possui cura, no entanto pode ser controlada. Os objetivos são: Atingir e manter o controle dos sintomas; Manter atividades da vida diária normais, incluindo exercícios; Manter a função pulmonar normal ou o mais próximo do normal; Prevenir as exacerbações; Minimizar os efeitos colaterais das medicações; Prevenir a mortalidade ⁽¹⁻²⁻³⁾.

O manejo deve ser conduzido de acordo com os diferentes aspectos socioeconômicos, culturais e regionais. O tratamento deve ter cinco componentes que se interligam. Parceria médico paciente; Identificação e controle dos fatores de risco; Avaliação, monitoramento e manutenção do controle; Prevenção e controle de riscos futuros; Consideração de situações especiais no manejo da asma ⁽¹⁻²⁻³⁾.

Dispositivos inalatórios

Atualmente existem três tipos de dispositivos inalatórios, cada um com suas vantagens e desvantagens. A escolha do dispositivo de ser individualizada, de acordo com as características do paciente para diminuir as chances de utilização incorreta. Os tipos de dispositivo são:

Os inaladores pressurizados são altamente utilizados na prática médica. Dentre suas vantagens podemos citar o fato de que possuem menor preço que o IPo, são compactos portáteis e com multidoses e são disponíveis para maioria dos medicamentos.

Os inaladores de Pó possuem diversos tipos. Entre as vantagens estão o fato de a droga estar pura ou carregada com lactose, em média a maior facilidade do uso em relação aos IPs, dispõem de marcador de dose, e a certeza de que inalou a dose, nos inaladores de cápsula

Os nebulizadores de jato são usados com eficiência nas emergências e internações. Possui como vantagens a possibilidade de uso em volume corrente, a eficácia em pacientes com alto grau de obstrução pulmonar, a capacidade do uso de mistura de medicamentos, podem ser usados em qualquer idade, à baixa deposição de orofaringe e a elevada percentagem de partículas respiráveis.

O *American College of Chest Physicians* declara que todos os dispositivos inalatórios funcionam bem se forem usados corretamente (2). A prática clínica mostra que não há dispositivo ideal. A escolha deve respeitar as limitações de cada indivíduo.

ANÁLISE DOS CASOS

Foi realizado o levantamento dos casos de pacientes com história de AB atendidos nos últimos 12 meses e registrados no sistema informatizado do Ambulatório UNIFESO, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) com os números de código J 45, sendo visualizados 322 pacientes.

Revisando os casos, foram selecionados 12 pacientes que tinham história clínica, compatível com o diagnóstico de AB. Todos os pacientes haviam realizado avaliação funcional respiratória através espirometria, sendo selecionados os casos que apresentavam evidência de distúrbio ventilatório obstrutivo puro, com as características que definem espirometricamente a AB e que haviam sido orientados para o uso de dispositivos inalatórios para a veiculação de medicação pertinente. Os casos que não preenchiam esses critérios de seleção – comprovação espirográfica e uso de dispositivos inalatórios para tratamento - foram excluídos do trabalho.

Todos os pacientes foram orientados para o uso contínuo de medicação específica para a AB, que se constituía da associação de um broncodilatador de longa duração (formoterol) com um corticosteróide inalável (budesonida). A dose e a posologia dos fármacos empregados era a mesma para todos os pacientes, ou seja, 6 mcg de formoterol + 200 mcg de budesonida, em duas tomadas diárias. Revendo os prontuários foram selecionados para análise 6 pacientes que usaram a medicação através de um nebulímetro dosimetrado e 6 pacientes que usaram uma apresentação do medicamento constituída de 1 cápsula contendo os dois fármacos associados, em pó, sendo realizada a aspiração da cápsula através de um dispositivo Inalador de Pó (IPo) do tipo Aerolizer.

Verificou-se, no retorno, que a maioria dos pacientes - 9 (75%), estava usando de forma adequada o dispositivo, todavia alguns referiram dificuldades e demonstraram erro no uso do equipamento - 3 (25%). Alguns pacientes que usaram o inalador de pó mencionaram irritação na faringe e tosse após o uso do dispositivo - 3 (25%). Taquicardia e tremores nas mãos foram as queixas apresentadas por 3 pacientes (25%) que usaram o inalador pressurizado. A ausência de qualquer tipo de queixa foi mencionada por 5 pacientes (41,6%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar pela descrição nos prontuários, com base no relato dos pacientes, que a sensação de irritação na faringe e a provocação de tosse após as aspirações acontece com

o uso de inaladores de pó, não sendo mencionado pelos pacientes que usaram o nebulímetro. Estes últimos, por outro lado, referiram queixas de “palpitações” como expressão de taquicardia e mencionaram também tremores nas mãos, após o uso do equipamento tipo “spray”.

A observação de que 5 pacientes (41,6%) não mencionou qualquer tipo de queixa permite a consideração de que esta forma de tratamento é bastante satisfatória e, neste contexto, os achados deste TCC estão em conformidade com o que se encontra na literatura referente a este tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Global Initiative For Asthma, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2016.

2- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), Comissão de Asma da SBPT, Grupo de Trabalho das Diretrizes para Asma SBPT, Diretrizes para o Manejo da Asma, Brasília, 2012.

3- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Projeto Diretrizes, Diagnóstico e Tratamento da Asma Brônquica, 2001.

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: RELATO DE CASO E REVISÃO SISTEMÁTICA.

SANTOS, Illo Rangel Oliveira. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

Morgado, Flavio. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

PALAVRAS CHAVES: Polipose Adenomatosa Familiar, Adenoma, Adenomatous Polyposis, Coli

INTRODUÇÃO

A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença hereditária, de caráter autossômico, dominante, sendo responsável por apenas 1% dos casos de câncer colorretal (CCR); e ocorre em cerca de 1 em 10.000 a 1 em cada 30.000 nascidos vivos⁶.

O CCR é o terceiro câncer mais frequente nos homens, esta atrás apenas do câncer de pulmão e próstata em incidência. Além disso, é a quarta causa de morte por neoplasia, perdendo em letalidade para o câncer de pulmão, fígado e estômago (321 000 mortes, 7,6% do total de mortes por cancro). Na mulher, é a segunda neoplasia maligna mais frequente, atrás apenas do câncer de mama. E em frequência, é a terceira causa de morte por câncer, sendo precedido pelo câncer de mama e de pulmão (288 000 mortes, 8,6% do total)³.

A PAF é classicamente caracterizada pelo desenvolvimento de centenas a milhares de adenomas no reto e cólon durante o segunda década de vida. A Polipose Adenomatosa Familiar é causada por uma mutação no gen APC (polipose adenomatosa coli), que esta localizado no braço longo do cromossomo 5q21, na via Wnt / APC / beta-catenina. Quase todos os pacientes irão desenvolver câncer colorretal (CRC), se não forem identificados e tratados numa fase precoce^{5,6}.

Sua incidência varia consideravelmente entre diferentes populações, com maior incidência nos países ocidentais e industrializados. Nas famílias com essa síndrome o rastreamento deve ser anual, e realizado nos parentes de primeiro grau a partir dos 12 anos até os 40 anos de idade^{10,6}.

DISCUSSÃO

A Polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante. Sua incidência é de aproximadamente 1 em 7000 a 1 em 16000 nascidos vivos, sendo responsável por menos de 1% dos casos de câncer colorretal.^{1 2,5,10,7}

Alem de dominante a PAF é uma doença de caráter hereditário (67,5% dos pacientes relataram antecedentes familiares), que acomete indivíduos jovens (idade média de 32 anos) e não existe prevalência entre os sexos.^{1,2,5,10,7}

O aparecimento dos polipos ocorre durante a segunda década de vida, porem, existem relatos do surgimento em idades mais precoces. Com o passar do tempo e consequente instalação dos polipos, estes aumentam de numero e tamanho e possuem uma ligeira predisposição pelo lado esquerdo do colon. A PAF é caracterizada por centenas e até milhares de pólipos que aparecem na área retal em pacientes com a síndrome. A característica adenomatosa e a enorme quantidade de pólipos tornam o epitélio intestinal sujeito a transformação em pólipos invasores, sofrendo desta forma malignização. Este fato proporciona preocupação importante, pois 100% dos pacientes que possuem polipose desenvolverão câncer colorretal (CCR) se não tratados. O CCR surge em média 10 anos após o desenvolvimento dos pólipos. A PAF deve ser diagnosticada pela presença de adenomas polipoides em numero maior que 100, evidenciando o cancer do cólon. Alem do Carcinoma colorretal, pacientes com PAF desenvolvem diferentes manifestações extra cólonicas^{1,2,5,10,7}.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Revisão e Relato de caso sumarizando os principais artigos no estudo da polipose adenomatosa familiar.

Objetivo Específico

Relatar o caso de um paciente acompanhada no serviço de clinica medica do Hospital das Clínicas de Teresópolis no período de fevereiro 2016 a março de 2016. Paciente portador de Polipose Adenomatosa familiar, realizou sigmoidectomia, porem sem sucesso pois o carcinoma já encontrava-se em sítios de metatase.

JUSTIFICATIVA

A relevância desse trabalho é aventar-se sobre o diagnostico precoce na polipose adenomatosa familiar, interferindo diretamente na qualidade de vida dos pacientes acometidos pela síndrome.

METODOLOGIA

Realizou-se um relato de caso por meio de entrevista e revisão de prontuários da paciente. Analizou-se os prontuários da UNIFESO (HCCTO) e correlação com artigos e revistas eletrônicas sobre a síndrome polipoide.

RELATO DE CASO

MDSA, 36 anos, negro, solteiro, natural de Teresópolis/RJ, residente no bairro Jardim Féo, auxiliar de padeiro, possui ensino fundamental incompleto. Deu entrada no serviço de

clínica médica do hospital das clínicas no dia 17/02/2016, relatando dor abdominal em hipocôndrio direito, diarreia crônica (cerca de 5 evacuações/dia), de consistência pastosa/aquosa, sem muco, sangue ou demais comemorativos. Refere perda ponderal de 7kg nos últimos 10 dias.

Na anamnese de admissão, o paciente relatou que desde que iniciou o quadro de dor abdominal e diarreia crônica não houve piora significativa percebida pelo mesmo. Ao exame físico inicial o paciente apresentava um aspecto emagrecido e hepatomegalia a esclarecer, somado a uma mucosa ocular e palmar hipocorados e diminuídos.

Foram solicitados exames laboratoriais em 19/02/2016: enzimas hepáticas e marcadores de lesão da árvore biliar (TGO 124/ TGP 86/ FA 126/ Bilirrubina Total 0.5/BI 0.3/BD 0.2/Lipase 95/ Amilase 112/ Proteínas totais e Frações: Albumina de 2.5, Proteínas Totais 8.2), Hemograma completo evidenciando anemia com Hemoglobina de 9.6 e hematócrito 23.2, VHS 130, Ferro Sérico 29, Reticulocitos Corrigidos 0.84, Capacidade ligadora total 237, TAP 20 segundos, Anti HCV negativo e Anti HBC IGG não reativo. Desta forma foram excluídas algumas doenças hepáticas diretas e foram solicitados exames de imagem hepática.

No dia 23/02/2016 foi solicitado um USG de abdome total que evidenciou Fígado aumentado de volume com contornos lobulados, apresentando ecotextura do parênquima heterogênea com presença de múltiplos nódulos lobulados e heterogêneos predominantemente hiperecogênicos, os maiores medindo 12cm.

No dia 01/03/2016 foi realizado Tomografia Computadorizada que confirmou um fígado de dimensão aumentada, contorno lobulado e apresentando várias lesões hipocaptantes de contraste, de tamanhos diferentes, a maior medindo 11,8x6cm, situada nos segmentos V e IV, sugerindo implantes secundários.

No dia 01/03 foi realizada EDA (Endoscopia Digestiva Alta) que mostrou Pangastrite com edema acentuado, Placas brancocentas e disseminadas na segunda porção duodenal; foi feita a biopsia das lesões encontradas, porém o laudo histopatológico não foi reenviado para documentação médica.

No dia 07/03/2016 foi realizada colonoscopia, que apenas conseguiu progredir até o cólon descendente, pelo risco de iatrogenia. Porém foram visualizados cólon sigmoide com incontáveis pólipos, alguns sesséis pediculados, recobertos por mucosas semelhante a adjacente medindo a maior 15cm (dois deles foram retirados para análise histopatológica). No cólon sigmoide observa-se lesão vegetante, ulcerada, estenosante, permitindo a passagem do aparelho de 12mm de diâmetro com dificuldade. A lesão exibe cerca de 5 a 6 cm de extensão, recoberta por mucosa extremamente friável, violácea e irregular. O cólon descendente exibe incontáveis pólipos da mesma característica descritos previamente, não sendo possível progredir o colonoscópio, pois a lesão do sigmoide oferecia grande resistência correndo o risco de iatrogenia caso fosse tentado a continuação do exame. Conclusão do laudo: Lesão estenosante em cólon sigmoide (BORRNABB II); e incontáveis pólipos colônicos (Yamada II, III e IV).

Foi então, pela primeira vez interrogada a síndrome de Polipose Adenomatose Familiar, que posteriormente foi confirmada pelo histopatológico e pela história familiar, na qual foi descoberta consistência genética na patologia apresentada com pai e tios apresentando mesmo quadro clínico no passado.

Ao final desse período de 20 dias foi reavaliado seu índice de massa corpórea na qual foi evidenciado uma perda ponderal de 20 kg desde o início dos sintomas.

No dia 05/03/2016 foi encaminhado para a Clínica Cirúrgica, para avaliação e cirurgia de colectomia total.

A partir do dia 9/03/2016 o paciente evolui com edema nos membros inferiores de (3+/4+) e ascite volumosa, não sendo realizado paracentese de alívio e diagnóstica.

No dia 17/03/2016 foi realizada cirurgia de sigmoidectomia, após visualização colônica e avaliada evidências anatômicas de metástase hepática e linfonoidal.

Após o procedimento cirúrgico o paciente foi internado na unidade de terapia intensiva, onde foi a óbito em 20/03/2016 (30 dias após o início da investigação clínica).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Polipose Adenomatosa é uma síndrome hereditária que se manifesta em indivíduos jovens, que se não tratados de forma adequada irão desenvolver câncer colorretal. As famílias que possuem a PAF devem ser registradas, catalogadas e realizada o heredograma com identificação da alteração genética específico predisponente da patologia. A família deve ser orientada das características da doença, das chances de transmissão, dos testes genéticos existentes, dos tratamentos e do acompanhamento familiar.²³⁹

No caso relatado acima os esforços da equipe de saúde esbarraram nas dificuldades socioeconômicas, pois o paciente em caso é de família de baixa renda, não sendo possível a realização dos exames diagnósticos nos demais familiares de primeiro grau, pois o hospital que se dispôs a realização da busca ativa com colonoscopia e endoscopia encontrava-se no Rio de Janeiro, e a família reside na cidade de Teresópolis-RJ, sendo inviável a locomoção dos familiares ao local de referência médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA, A.R.B.M.; PARRA, RS.; ROLO, J.G.; FILHO, R.B.; FÉRES, O; ROCHA, J.J.R. Familiar Adenomatosis Polyposis: Analysis Of Forty-Four Cases from the School of Medicine of Ribeirão Preto Hospital and Clinics, 2007.
2. Half E.; D. Bercovich; P. Holsen; Familial adenomatous polyposis 2009.
3. G. Campos; A. Habr-Gama; D. Roberto K.F.C.A.; F. Katayama; e J.G. Rodrigues. Manifestações Extracolônicas da Polipose Adenomatosa Familiar. 2003.
4. Roseane B.F.A. Rastreamento e vigilância do câncer colorretal. 2011.
5. Benito M.R. Contribuição para o estudo do câncer colorretal com predisposição hereditária no Brasil. 2008.

6. S. Paulson; Cahrmi P; H.Patel. Case report Fron the Gut to the Liver: Another Organ to Watch in the FAP Patients 2015.
7. B. Eser, M. Yildar. Two diferente nucleotide substitutions of APC gene in a Family with familial adenomatous polyposis. 2015.
8. Patrick M. Lynch, MD, Jeffrey S. Morris, PhD, Sijin Wen, PhD, Shailesh M. Advani, MD, MPH, William Ross, MD, George J. Chang, MD, MS, Miguel Rodriguez-Bigas; et al. A proposed staging system and stage-specific interventions for familial adenomatous poluposis. 2016.
9. Rita M.R.G. Polipose Adenomatosa Familiar. Universidade de Porto. 2014.
10. Vanessa S.G.T. A propósito de um caso clínico. Polipose Adenomatosa Familiar. 2013/2014.
11. S. Syngal; Randall E. Brand; James M. Church; Francis M. Giardiello; et al. Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndomes; 2015.
12. M. Souza L.P. A Estória Biomolecular do Pólipo Adenomatoso. 2006.

NEAR MISS EM OBSTETRÍCIA: COMO INTERPRETAR

VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral. Docente do curso de Graduação em Medicina. GANEM, Isabela Ramos Ali. Discente do Curso de Graduação em Medicina

PALAVRAS-CHAVE: Near Miss; Gestantes; Mortalidade Materna; Hipertensão; Hemorragia.

INTRODUÇÃO

A investigação da mortalidade materna é um ponto crucial na agenda de países abaixo do desenvolvimento total. Um dos pontos, o quinto, das Metas para o Desenvolvimento do Milênio inclui reduzir a mortalidade em 75% no período entre 1990 e 2015. Para isso o conceito do *near miss* foi proposto como um marcador de excelência para controlar esta queda.

A Organização Mundial da Saúde definiu que a mulher que experimentava o risco de vida e sobrevivia durante a gestação era intitulada como paciente em *near miss*. Estes conceitos eram estendidos ao seu filho também. Estes casos, logicamente, são em maior número que os de morte materna, mas são considerados como um problema de Saúde Pública na América Latina

O conceito de *near miss* é o melhor indicador para a qualidade de um pré-natal/maternidade, pois ao fornecer informações que colocaram em risco a vida da gestante e seu filho, permite aperfeiçoamento das condutas no atendimento primário da gestante. Este conceito foi trazido para a medicina por Stones et al em 1991, em especial para a mortalidade materna. Controlar este indicador deverá ser meta constante de um país que quer sua saúde pública desenvolvida, e seus índices de desenvolvimento crescentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 2009, *near miss* como a mulher que chegou perto de morrer, mas sobreviveu após o término do ciclo grávido-puerperal. Infelizmente este conceito não é aceito em todos os países, o que impede que taxas de mortalidade materna sejam impactadas drasticamente.

Para cada mulher que morre na gestação, acredita-se que 100 chegaram a correr risco de vida por complicações graves, passando a fazer parte do que a OMS define como *near miss*. Estas são as mulheres que precisam ter, caso engravidem novamente, todas as atenções da equipe de saúde que a acompanhar. Um critério que é sugerido pela OMS para definir a *near miss*, é baseado na disfunção de um sistema e/ou órgão em gestação anterior. Como exemplo temos a hemorragia obstétrica, que pode ter sido causada por disfunção vascular (hipovolemia, choque), disfunção renal (oligúria, injúria renal) ou disfunção de coagulação.

OBJETIVOS

Principal

Fazer uma revisão atualizada sobre os conceitos de *near miss* em Obstetrícia.

Secundário

Propor um protocolo para que pacientes que tem uma taxa de *near miss* elevada possam ser melhor instruídas nos ambulatórios.

METODOLOGIA:

A pesquisa foi realizada utilizando as principais fontes de busca disponíveis: PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane, Lilacs. Foram aceitos artigos de 2015 em diante, e como descritores foram incluídos: *near miss*, morte materna, gestação de alto risco, saúde pública, Foi dada preferência aos artigos de várias regiões do mundo, fechando com dados nacionais.

DISCUSSÃO

Quando analisa-se os estudos relacionados com a obstetrícia, vários são os artigos publicados nos últimos dois anos em várias partes do mundo.

Começando pela Europa, O'Malley et al na Escócia realizaram uma auditoria durante 6 meses no país, e em 4 502 partos acontecidos, 128 pacientes foram admitidas em unidade de terapia intensiva. Neste grupo os autores concluíram por 16 com *near miss* (12,5%), sendo a maioria por hemorragia e hipertensão. Não aconteceu nenhuma morte materna, e a mortalidade perinatal foi de 39/1000 nascidos.

Priya et al realizaram estudo na África do Sul, com a finalidade de reduzir a mortalidade materna, reconhecendo as fraquezas do sistema de saúde, com consequente implementação de intervenções de atenção à saúde. O estudo analisou o período de um ano no *Pretoria Academic Complex*, quando aconteceram 26 614 partos. A taxa de mortalidade materna foi de 71,4 / 100 000 nascidos vivos, e as principais situações que se repetiram nestas pacientes que faleceram foram, as infecções não relacionadas com a gestação (30%), hemorragias obstétricas (2%) e hipertensão arterial (13,6).

Uma informação importante deste artigo foi que a mortalidade perinatal foi de 23,1 / 1 000 no grupo de pacientes sem risco de vida, atingindo 198 / 1 000 nas que apresentaram os conceitos de *near miss* configurados (risco de vida iminente).

Quando saímos da África, podemos encontrar material vindo de Mumbai (Índia), onde Kulkarni et al analisaram 844 casos de *near miss*, e concluíram que 53,4% dos casos vinham de síndromes hipertensivas, 20,9% de anemia severa, e 7,7% de hemorragia pós-parto. Interessante a conclusão dos autores, que relacionaram 68% destes casos com pacientes que estavam sendo acompanhadas por sistema primário de atendimento na cidade.

No Brasil alguns artigos começaram a aparecer, entre eles o de Pfitscher et al que abordaram somente um ponto que pode classificar uma mulher como *near miss* em gestação posterior: a infecção na gestação.

O artigo foi realizado como um estudo multicêntrico envolvendo 27 maternidades no país, com pacientes que chegaram ao risco de vida (pelos critérios da OMS) por um quadro infeccioso. O estudo computou 502 gestantes associadas a um quadro grave de infecção, e

comparou com 9 053 gestantes com as outras causas graves que também haviam colocado a vida da paciente em risco (hipertensão, hemorragia). Com estes números as infecções foram responsáveis por 23,6% de *near miss*, e de 46,4% de morte materna.

Quando os autores estudaram separadamente os casos de infecção, observaram piores resultados nas pacientes portadoras do vírus HIV, nas que haviam recebido o atendimento médico tardiamente, nas que realizaram histerectomia, e que necessitaram de hospitalização prolongada e internação em unidade intensiva.

Outra notificação importante em nosso país foi feita por Cecatti et al em 2015 quando os autores envolveram 252 cidades de 17 estados brasileiros (Norte e Nordeste), e incluíram mulheres com partos acontecidos até 1 ano.

O instrumento da pesquisa foi um questionário que incluía a gestação, parto e puerpério, além do primeiro ano de vida da criança, e continha as seguintes questões:

- Transferência de unidade de saúde
- Internação em unidade intensiva
- Ventilação mecânica
- Eclampsia
- Hemorragia
- Infecção
- Transfusão sanguínea
- Internação prolongada

Os autores incluíram 16 863 pacientes, sendo que 13 044 tiveram seu filho no sistema público de saúde, e a Tabela 1 mostra a distribuição de complicações que aconteceram nesta população. Podemos notar que a hemorragia foi o maior risco, seguida da infecção.

TABELA 1 – Distribuição das complicações obstétricas entre 13 044 pacientes investigadas em duas regiões do Brasil

Complicações	%	Intervalo de confiança
Internação por complicação	16.5	15.7 – 17.4
Transferência de hospital	1.9	1.6 – 2.2
Admissão em UI	0.7	0.5 – 0.9
Ventilação mecânica	1.2	0.9 – 1.4
Eclampsia	1.5	1.3 – 1.8
Hemorragia	28.4	27.4 - 29.4
Transfusão sanguínea	1.0	0.8 – 1.2
Infecção	8.3	7.7 – 8.9
Internação prolongada	5.0	4.5 – 5.5
Outras	37.5	36.4 – 36.6

Quando analisaram a taxa de *near miss* nesta população, mas agora sob o ponto de vista geográfico, concluíram que a região amazônica tem cifras muito altas (31.5 / 1 000), enquanto o Nordeste (16.3 / 1 000) e o Maranhão foi o estado com menor taxa (6.7 / 1 000).

CONCLUSÃO

A presente revisão permite algumas conclusões:

A morte materna tem que ser combatida diariamente em todas as maternidades de nosso país já que as taxas nacionais são extremamente elevadas.

A política do *near miss* é uma estratégia importante e deve ser aplicada em todo serviço de Obstetrícia, quer seja nas diversas formas de conduta mediante ao risco de vida, como também de forma preventiva em gestação posterior da paciente em tela.

REFERÊNCIAS:

Norhayati MN, Hazlina NHN, Sulaiman Z et al. **Severe maternal morbidity and near misses in tertiary hospitals, Kelantan, Malaysia: a cross-sectional study.** BMC Public Health.2016;16:229.

Oliveira LC, Costa AAR. **Maternal near miss in the intensive care unit: clinical and epidemiologic aspects.** Rev Bras Ter Intensiva.2015;27(3):220-7.

Chhabra P. **Maternal near miss: an indicator for maternal health e maternal care.** Indian J Community Med.2014;39(3):132-7.

Nakimuli A, Nakubulwa S, Kakaire O et al. **Maternal near miss from two referral hospitals in Uganda: a prospective cohort study on incidence, determinants and prognostics factors.** BMC Pregnancy Childbirth.2016;16:24-34.

O'Malley EG, Popivanov P, Fergus A et al. **Maternal near miss and maternal death in the Pretoria Academic Complex, South Africa: a population-based study.** South Af.Med J. 2015;105(7).

Kulkarni R, Chauhan S, Daver R et al. **Prospective observational study of near miss obstetric events at two tertiary hospitals in Mumbai, Maharashtra, India.** Obstet Gynecol. 2016;132(2):170-3.

Pfischer LC, Cecatti JG, Haddad SM et al. **The role of infection and sepsis in the Brazilian Network for surveillance of severe maternal morbidity.** Trop Med Intern Health.2016;21(2):183-93.

Cecatti JG, Souza RT, Pacagnella RC et al. **Maternal near miss among women using the public health system in the Amazon and Northeast regions of Brazil.** Rev panam Salud Publica.2015;37(4-5):47-57.

AVALIAÇÃO GLOBAL E COEFICIENTE DE RENDIMENTO DO ESTUDANTE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO UNIFESO – UMA PROPOSTA

ARCURI, Mariana Beatriz. Professora Titular do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

MORGADO, Flávio Eduardo Frony. Professor Titular do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

SILVA, Jackson. Discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

PALAVRAS-CHAVE: Coeficiente de Rendimento; Teste de Progresso; Currículo Integrado; Graduação em Medicina.

INTRODUÇÃO

O exercício da Medicina tem como perfil de bom profissional a aplicação de habilidades e conhecimentos, associados ao compromisso. Todavia, ainda se destaca o altruísmo como característica necessária à relação médico-paciente (Domingues e col. 2009).

Semelhante a isso, o Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) estabelece as competências mínimas a todos os médicos, independente da área a se especializar, acerca da relação médico-paciente a partir do cuidado, habilidades técnicas e embasamento teórico, além de capacidade comunicativa e relação interdisciplinar e interpessoal, comportamento ético e conhecimento baseado em evidências (Domingues e col., 2009).

No Brasil, associado às reformas a nível internacional do ensino da prática médica, foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina (BRASIL, 2001), que sofreram modificações após debates e discussões em 2014, onde se definiu, no formato de competências, o perfil do graduado em Medicina no Brasil. Essas também tratam a respeito da relação entre comportamento-habilidades-conhecimentos e da capacidade de usá-los nos mais diversos cenários médicos, adequando-se às necessidades do perfil profissional, além de gerar impacto na relação entre mercado, formação e sistema público de saúde.

Entretanto, apesar dessas definições das DCNs, cabe às Instituições de Ensino Superior (IES) a elaboração do método avaliativo, de acordo com o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e Projeto Pedagógico Institucional (PPI) (UNIFESO, 2016).

No que diz respeito especificamente à construção de um conceito global de avaliação do estudante, que atenda aos critérios previstos pela ACGME, não se vê como possível uma avaliação unificada e pontual, com um único modelo de aferição de conhecimento. Isto

deixaria muitos critérios de lado ou até mesmo avaliados superficialmente, podendo esconder deficiências inaceitáveis e imponderáveis do aluno. Faz-se necessário então combinar diversos métodos avaliativos a fim de analisar o ganho das competências essenciais ao profissional médico (Zeferino e Passeri, 2007; Domingues e col., 2009).

Sob a ótica da avaliação do conhecimento adquirido, estabelecendo um conceito global aos estudantes da graduação, muitas universidades utilizam uma ferramenta denominada Coeficiente de Rendimento (CR) e no curso de graduação em Medicina do UNIFESO, até o momento, não existe uma ferramenta para registro numérico do rendimento discente.

O uso de um CR na graduação em Medicina do UNIFESO torna-se necessário, principalmente, tendo em vista a exigência dele nos editais de Residência Médica, bem como, propiciar igualdade aos discentes nestes concursos.

OBJETIVOS

Geral

Criar uma metodologia capaz de definir o CR dos estudantes a partir da avaliação global do estudante, no contexto do currículo integrado do curso de graduação em medicina do UNIFESO.

Específicos

(1) Discriminar a constituição de um CR utilizando os resultados das avaliações dos diversos cenários de aprendizagem do curso de graduação em medicina; (2) Justificar a necessidade de implantação de nova metodologia de cálculo do CR do estudante do curso de graduação em medicina; (3) Analisar e validar a proposta do CR, em associação com os resultados do teste de progresso e a avaliação global.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória (Gil, 1994) que engloba uma etapa de análise documental – principalmente focada no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina do UNIFESO e o estudo de caso da elaboração de uma fórmula de cálculo para o Coeficiente de Rendimento (CR) para o curso de graduação em medicina no contexto de um currículo integrado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do conteúdo do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina e do Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO (2015) permitiu identificar que a avaliação é padronizada a partir da organização curricular, baseando-se no conceito de currículo integrado.

Soma-se ao anterior o uso de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), uma forma de metodologia ativa que incentiva a formulação de hipóteses e o uso do método científico como prática, gerando no estudante o incômodo dos questionamentos, motivando-o às atividades práticas e à busca autônoma pelo conhecimento (UNIFESO, 2015).

Para cálculo do CR, a ideia inicial foi partir das avaliações praticadas no curso, conforme descrito no Projeto Pedagógico do Curso (UNIFESO, 2016) em diferentes hipóteses, como comparação do rendimento com número de faltas, com sua participação nos cenários de prática, com seu desempenho nas atividades de Tutoria e outras em pequenos grupos e com seu rendimento na ACI.

Desta forma, o uso dos diversos instrumentos de avaliação do curso, seguindo a proposta pedagógica do mesmo seria válida para os primeiros 4 anos de curso, visto que apesar da mudança esperada nos assuntos e lógica curricular, os critérios de avaliação e de acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem são semelhantes. Entretanto, a partir do 9º período, tem-se o Internato Médico, onde para se manter a coerência da proposta, é necessário alterar a forma de análise do rendimento, em função da mudança dos instrumentos de avaliação.

Essa proposta é interessante e deve ser testado junto ao Curso de Medicina e seus resultados. Contudo, foi elaborada uma segunda proposta, utilizando o Teste de Progresso para o cálculo do CR. O Teste de Progresso foi escolhido por ser uma avaliação aplicada a todos os períodos, cujos resultados se dão de forma numérica, ao contrário dos outros modelos avaliativos utilizados e pela capacidade de acompanhamento do crescimento cognitivo específico do estudante que esse permite. Com o auxílio do programa de análise dos resultados do Teste de Progresso do UNIFESO (Miranda e col.,2013), foram calculados resultados a partir de fórmula matemática em que todas as notas são corrigidas de acordo com a pontuação máxima obtida na turma.

Esta proposta foi apresentada e aprovada por unanimidade no Conselho de Centro do Centro de Ciências da Saúde e representa um avanço na qualidade dos resultados apresentados aos estudantes, sem prejudicar a proposta pedagógica da IES.

CONCLUSÃO

O Curso de Medicina do UNIFESO se insere com as avaliações nos critérios englobados pelas DCNs, que são a avaliação formativa e somativa, definidas de forma independente e autônoma, de acordo com as características de cada curso. Tais avaliações permitem, em muitos momentos somando as características de cada modelo, a integração do currículo e contemplam as formas de análise das habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, ou seja, uma análise geral da formação acadêmica.

Para o cálculo do CR, foi escolhido o teste de progresso, ainda que não seja possível uma reflexão completa da avaliação global do estudante, como proposta mais adequada à realidade do curso, por ser uma avaliação diferenciada em relação às demais previstas, cujos resultados são expressos de forma conceitual.

Uma análise mais completa e que permitiria o acompanhamento global do estudante ao longo da formação deveria abranger as avaliações somativas presentes no Curso de Medicina do UNIFESO, entretanto, para isso, será necessário rever os instrumentos de registro do rendimento individual nos cenários formativos do curso. Com os atuais documentos de registro de avaliação, não é possível uma análise pura a respeito do desempenho estudantil ao longo da graduação. Isto mostra o desafio de construir a proposta de um CR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – 2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2016.
2. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 08 de agosto 2016.
3. Domingues RCL, Amaral E, Bicudo-Zeferino AM. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. Rev. bras. educ. med. [online]. 2009 Mar [citado 2016-05-31]; 33 (1): 148-151. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100019&lng=pt&nrm=iso.
4. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.
5. Miranda JFA, Morgado FEF, Moraes MBVB, Oliveira MC, Crisostomo RPG. Teste de Progresso e avaliação do desempenho docente: diferenciais do Programa de Autoavaliação Institucional do Unifeso. In: Anais do Seminários Regionais sobre Autoavaliação Institucional e Comissões Próprias de Avaliação (CPA), 2013 nov 13, São Paulo (SP, BR). Brasília: INEP; 2015. p. 176-177.
6. UNIFESO – CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS. Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO, 2015. Disponível em <http://www.unifeso.edu.br/graduacao/documentos/med/curriculo-integrado.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2016.
7. Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação em Medicina do UNIFESO, 2016. Disponível em <http://www.unifeso.edu.br/graduacao/documentos/med/ppc-med.pdf>. Acesso em: 22 de agosto de 2016.
8. Regimento Geral do UNIFESO – Anexo IV, 2007. Disponível em http://www.unifeso.edu.br/instituicao/documentos/regimento_anexos_iv_v.pdf. Acesso em: 22 de agosto de 2016.
9. Zeferino AMB, Passeri SMRR. Avaliação da aprendizagem do estudante. Cadernos da ABEM [internet]. 2007 Out [citado 2016-09-13]; 3: 39-43. Disponível em: http://abem-educmed.org.br/wpcontent/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol03.pdf

PREDIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPسيا COM A UTILIZAÇÃO DA DILATAÇÃO FLUXO-MEDIADA DA ARTÉRIA BRAQUIAL

VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral. Docente do Curso de Graduação em Medicina

LUBIANA, Jéssica. Discente do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-eclâmpسيا, pré-natal de alto risco, diagnóstico precoce, Dilatação fluxo-mediana da artéria braquial (DILA), dopplerfluxometria das artérias uterinas.

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpسيا (PE) é uma condição específica da gravidez que se refere ao aparecimento de hipertensão e proteinúria após vinte semanas de gestação em mulheres previamente normotensas. A hipertensão pode provocar diversos efeitos deletérios ao organismo. Essas complicações explicam a alta incidência de mortalidade e morbidade fetal e materna, o que faz da pré-eclâmpسيا um grande problema de saúde pública no mundo (¹).

Caracteriza-se o quadro de PE a pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg, e proteinúria de 300 mg ou mais na urina de 24 horas. Vale ressaltar que existem diversos fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma gestante apresentar esse quadro (¹).

Devido a grande implicação da PE na saúde pública, por ser uma doença muito comum em todo mundo e por apresentar alta taxa de mortalidade materna e perinatal, é importante fazer um estudo em gestantes na cidade de Teresópolis, com base nesses fatores de risco apresentados, abrindo a possibilidade de implementação de uma medida preventiva e um diagnóstico precoce dessa patologia que é de grande importância.

Procurando este diagnóstico precoce, é que este trabalho foi estudar a utilização da dilatação fluxo-mediada da artéria braquial (DILA) como exame preditivo do aparecimento da PE. Uma revisão de literatura foi iniciada e algumas conclusões poderão ser tiradas ao fim desta contribuição.

OBJETIVOS

Principal

Estudar a utilização da dilatação fluxo-mediada da artéria braquial em processos que cursem com disfunção endotelial.

Específicos

Relacionar o método com a pré-eclampsia. Admitir que seja utilizado na rotina dos pré-natais de alto risco. Sugerir que seja associada adoplefluxometria realizada até 16 semanas nas artérias uterinas.

Acadêmico

Apresentar requisito para obtenção de grau de médico na Faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada utilizando as principais fontes de busca disponíveis: PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane, Lilacs. Foram aceitos artigos de 2010 em diante, e como descritores foram incluídos: pré-eclampsia, predição de pré-eclampsia, dilatação mediada de artéria braquial.

Foi dada preferência aos artigos que falavam sobre o método em língua portuguesa, tendo em vista que o perfil de nossas pacientes, em nada se assemelha aos de outros países. Se o trabalho buscava o conhecimento do método, mas principalmente, uma indicação para utilização como rotina, melhor seria saber como está sendo usado em nosso país.

DISCUSSÃO

A PE afeta cerca de 5% das mulheres grávidas. Durante as últimas três décadas, numerosos testes de rastreamento clínicos, biofísicos e bioquímicos foram propostos para sua detecção precoce. A literatura mostra uma grande discrepância na sensibilidade e especificidade de muitos destes testes. A atualidade vem mostrando que a história pessoal e familiar da paciente, associadas a pressão arterial média, ao Doppler e ao DILA, vem ganhando a preferência da maioria de clínicos e pesquisadores. (²) Os trabalhos começaram a aparecer aqui em nosso país e no exterior, na tentativa de ratificar o método como realmente preditivo de PE. A primeira notificação foi feita em 2004 por Montenegro et al (³), os autores indicam que a associação dos dois exames tem um ótimo valor preditivo.

Aqui entre nós, o grupo de medicina fetal da Universidade Federal de Minas Gerais publicou trabalho de Brandão et al (⁴), os resultados permitiram validar o método como bom para a predição da PE.

O grupo mineiro continuou a explorar o tema, e Calixto et al (⁵) com os dados do trabalho anterior, associou a dopplerfluxometria ao DILA, concluindo que esta associação é uma estratégia interessante para a predição da PE, embora tardia.

Mas em 2012, este mesmo grupo de pesquisadores, informam através de Brandão et al (⁶) que uma realidade é notória: a gestação envolve várias adaptações fisiológicas, sendo de primordial importância as que acompanham o sistema cardiovascular. Um dos métodos mais utilizados na avaliação endotelial, baseia-se na promoção de isquemia transitória provocada por garroteamento aplicado no membro superior, desencadeando a liberação do óxido nítrico pelo endotélio vascular que, quando íntegro, promove vasodilatação compensatória.

Desta forma o método é capaz de avaliar a integridade da função endotelial a partir da dilatação arterial endotélio-dependente. Este efeito pode ser inferido a todo o sistema vascular, espelhando o comportamento de qualquer outra artéria. Com estas informações, os autores propuseram trabalho longitudinal para avaliar a função endotelial ao decorrer dos três trimestres da gestação, lançando mão do DILA para atingir seus objetivos. O mesmo apresentou uma curva de normalidade, onde valores pós-oclusão maiores e com análise estatística significativas, confirma a disfunção endotelial.

CONCLUSÃO

A dilatação fluxo-mediada da artéria braquial (DILA) tem uma explicação fisiopatológica clara e com contornos de efetividade e segurança.

A dilatação fluxo-mediada da artéria braquial (DILA) tem valor preditivo para a pré-eclâmpsia, e pode ser utilizada a partir de 15 semanas de gestação.

A associação do DILA ao índice de resistência obtido nas artérias uterinas pela dopplerfluxometria pode ser excelente proposta para predição da PE. Este trabalho propõe que estudos neste sentido devam ser desenvolvidos em nosso Hospital Universitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Chaves Netto H, Sá R A M. *Obstetrícia básica*. Atheneu, Rio de Janeiro, 2ª Ed. 2007
- 2 – Costa FS, Murthi P, Keogh R et al. Early screening for preeclampsia. *Rev Bras Ginecol Obstet*.2011;33(11):367-75.
- 3 – Montenegro CAB, Leite SP, Castro P, et al. Predição e prevenção da toxemia gravídica:2004. *Femina*.2004;32(6):509-15.
- 4 – Brandão AHF, Evangelista AA, Martins RMF et al. Predição de pré-eclâmpsia em suas formas tardia e precoce pela dilatação fluxo-mediada da artéria braquial. *Radiol. Brás*.2014;47(4):206-9.
- 5 – Calixto AC, Brandão AHF, Toledo LL et al. Prediction of preeclampsia by means of Dopplerflowmetry of uterine artery and flow mediated dilatation of brachial artery. *Radiol Bras*.2014;47(1):14-17.
- 6 - Brandão AHF, Guimarães LM, Lopes APBM et al. Acompanhamento longitudinal da função endotelial em gestações de mulheres saudáveis analisada pela dilatação fluxo-mediada da artéria braquial. *Ver Med Minas Gerais*.2012;22(4):406-10.

COMPLICAÇÕES OCULARES PELO USO DA CLOROQUINA

JACOBINA, Jéssica Salsa. Discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO

PEREZ, Mário Castro Alvarez. Docente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO

FERREIRA, João Maria. Docente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO

PALAVRAS-CHAVE: Cloroquina; Antimaláricos; Maculopatia; Hidroxicloroquina.

INTRODUÇÃO

O acometimento ocular está descrito em diversas doenças bem como em decorrência do uso de diversos agentes terapêuticos. Cerca de 4,3% de todas as reações adversas a medicamentos afetam os olhos¹ podendo os efeitos ser transitórios ou duradouros e, na maioria dos casos, sendo dependentes da dose e do tempo de exposição. A lista de fármacos relacionados é extensa, incluindo bisfosfonatos, topiramato, vigabatrina, isotretinoína e outros retinóides, amiodarona, etambutol, antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina), tamoxifeno, quetiapina, inibidores da cicloxigenase 2 (COX-2), fármacos utilizados para a disfunção erétil e alguns medicamentos à base de plantas. Entretanto, entre os fármacos listados, os agentes que mais despertaram interesse de estudo, pela frequência dos eventos adversos oculares, foram os antimaláricos, associados com o desenvolvimento de ceratopatia vorticosa, retinopatia e maculopatia^{2,3}.

Cloroquina e a hidroxicloroquina são compostos aromáticos do grupo das aminoquinolonas, que têm sido utilizadas há décadas como agentes antimaláricos. Posteriormente à sua aplicação no tratamento da malária estas drogas foram amplamente difundidas para o tratamento de muitas doenças de outras naturezas como lúpus eritematoso sistêmico, lúpus discoide, artrite reumatoide, porfiria cutânea e urticária solar⁴. Ambas podem apresentar reações adversas no trato gastrointestinal e nos sistemas hematológico, neurológico (neuromuscular), dermatológico e cardiológico, podendo ainda causar danos fetais, uma vez que são capazes de atravessar a barreira placentária^{2,5}.

O destaque maior de sua toxicidade está relacionado mesmo com o acometimento ocular. Nos olhos, a cloroquina manifesta toxicidade graças à sua afinidade pelas estruturas pigmentadas locais (coroide e epitélio pigmentar da retina-EPR). A hidroxicloroquina, de forma particular, possui uma menor relação com a ocorrência de retinopatia, sendo, portanto, o antimalárico de escolha para o tratamento das doenças reumatológicas. Contudo,

há que se destacar que a droga utilizada nos hospitais ligados ao Sistema Único de Saúde é o difosfato de cloroquina de custo significativamente menor⁶.

Atualmente, para se tentar prevenir a instalação de retinotoxicidade pelos antimaláricos, recomendam-se doses de até 3 a 4 mg/kg/dia de cloroquina e de até 6,5 mg/kg/dia de hidroxicloroquina, com controle oftalmológico anual^{2,5,6}.

OBJETIVOS:

Geral

Este trabalho tem como proposta central analisar e discutir o uso crônico de agentes antimaláricos na ocorrência de retinotoxicidade..

Específicos

Analisar a etiopatogenia, o diagnóstico, profilaxia e acompanhamento da retinotoxicidade pelo uso dos antimaláricos.

METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se numa revisão qualitativa da literatura médica pertinente, sendo realizadas buscas nos periódicos indexados no período compreendido entre setembro de 2015 e julho de 2016. Foram procedidas pesquisas nos bancos de dados SciELO e PubMed, utilizando-se os seguintes descritores: “retinopatia pelo uso da cloroquina”; “antimaláricos e alterações oculares”; “recomendações uso antimaláricos”; “cloroquina e hidroxicloroquina acometimento ocular”.

DESENVOLVIMENTO

Os antimaláricos possuem indicação no tratamento da malária, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide. São também utilizados em menores proporções para sarcoidose, dermatomiosite localizada, esclerodermia, urticária solar, granuloma anular disseminado, dermatite atópica e ultimamente vem sendo considerados para novas aplicações em diabetes mellitus, doença cardíaca, câncer e terapia adjuvante.

As doses mais comuns de cloroquina e hidroxicloroquina em uso clínico são de 250 e 400 mg / dia, respectivamente, independentemente da altura ou peso do paciente⁷.

Antes de 1980, a administração Farmacologia da cloroquina e hidroxicloroquina era excessiva e em grande parte responsável para a maior prevalência de retinopatia por 4-aminoquinolina relatado nesta época. Os regimes mais sofisticados recomendam doses que não ultrapassem mais do que 6 mg / kg / dia com base no peso corporal ideal para hidroxicloroquina e para cloroquina é de 3,5 mg / kg / dia⁷.

A cloroquina e a hidroxicloroquina são drogas consideradas seguras para tratamento farmacológico podem têm sido associadas a diversos efeitos colaterais, sendo a maioria reversível realizando-se a redução da dose ou interrupção do tratamento^{2,5}. As reações

adversas descritas ocorrem no trato gastrointestinal, sistema hematológico, neurológico, neuromuscular, dermatológico e cardiológico.

Os antimaláricos podem provocar efeitos adversos oculares em decorrência da deposição destes fármacos na retina, córnea ou agindo diretamente sobre a musculatura extrínseca do olho ou corpo ciliar. As principais manifestações oculares decorrente da toxicidade são: córnea verticilata, poliose, fotofobia, diminuição da acomodação, catarata subcapsular anterior e posterior, paralisia dos músculos extra-oculares, neurite óptica e uveíte anterior. Estas alterações podem se apresentar de forma aguda ou crônica, de acordo com a duração do tratamento. Embora as maculopatias representem apenas 1:1000 naqueles em uso prolongado de antimaláricos, são as alterações retinianas, mais características².

Hoje em dia devido a redução das doses preconizadas, nota-se uma diminuição da ocorrência da perda visual. No exame, um sinal indicador de retinopatia tardia associada à toxicidade dos antimaláricos é a mudança bilateral no epitélio pigmentado da retina da mácula que dá a aparência geralmente descrita em olho de boi "bull eye". Esta é uma descoberta posterior, no entanto, muito tarde para o rastreio ser útil. Esta lesão apesar de estar bastante associada à toxicidade pela cloroquina, pode ser identificada em outras condições oculares, como coroidopatia serosa central, distrofia dominante dos cones, maculopatia associada ao envelhecimento e retinose pigmentar.

Segundo a Academia Americana de Oftalmologia⁵ os fatores de risco para o desenvolvimento da maculopatia medicamentosa são: o uso de dosagem de cloroquina >3 mg/kg/dia e hidroxicloroquina >6,5 mg/kg/dia, utilização da droga por mais de cinco anos, maior teor de gordura corporal, presença de nefropatia ou hepatopatia. Caso sejam obedecidos os critérios de dose e tempo de uso, a incidência da maculopatia torna-se bastante reduzida no entanto, essa incidência poderá variar se a dose diária for muito superior que a preconizada. Descreve-se que a dose diária (doses menores ou iguais a 250 mg/dia de cloroquina e doses menores ou iguais a 750 mg/dia de hidroxicloroquina) é o fator mais importante na prevenção da toxicidade⁷

CONCLUSÃO

Este trabalho procurou realizar uma revisão bibliográfica pertinente a cerca do dano ocular provocado pelo uso dos antimaláricos, tema de extrema importância na prática médica dada a potencial gravidade das suas manifestações na retina e por outro lado, os benefícios reconhecidos da indução de medidas preventivas.

Em sintonia com a literatura, pode-se sinalizar que a taxa de danos oculares nos pacientes que utilizam cronicamente os antimaláricos é de cerca de 0,5 e 3,5% nos pacientes sob uso de hidroxicloroquina e 10-25% nos pacientes em uso de cloroquina.

No Brasil não há nenhum guia específico de monitorização para os pacientes em uso de antimaláricos, restringindo-se ao acompanhamento periódico através do mapeamento de retina. No SUS, a droga mais usada é a cloroquina, a qual poderia ser substituída pela hidroxicloroquina a qual está associada menor reação adversa e complicações oculares conforme demonstra a literatura.

A dose que não deve ultrapassar 4 mg/kg/dia, acertando o cálculo da dose no peso ideal do paciente, com particular atenção para os pacientes idosos com disfunção hepática e renal.

Recomenda-se ainda a realização de exame oftalmológico de rotina antes do início do tratamento e acompanhamento periódico com tela de Amsler, campo visual Humphrey que são testes mais sensíveis, valorizando as queixas subjetivas do paciente. Deve-se suspender de imediato a droga, uma vez detectadas alterações maculares

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Vargas GR. Efectos adversos oculares de fármacos sistémicos. *Med leg Costa Rica*. 2013; 30(1): 117-122.
- 2- Gouveia EB, Morales MSA, Gouveia GB, Lourenzi VPM. Toxicidade ocular por derivados da 4-aminoquinolona. *Arq Bras Oftalmol*. 2007;70(6): 1046-51.
- 3- Kanski JJ. *Oftalmologia Clínica*, 5. ed. São Paulo: Selvier Editora, 2004.
- 4- Goldhardt R, Corrêa ZMS, Eichenberg MC, Marcon IM, Vaccaro Filho A. Avaliação da toxicidade ocular por derivados da 4-aminoquinolona. *Arq Bras Oftalmol*. 2002; 65(6): 645-9.
- 5- Lacava AC. Complicações oculares da terapêutica com a cloroquina e derivados. *Arq Bras Oftalmol*. 2010; 73(4): 384-9.
- 6- Ponchet MRNC, Vilela MAC, Sinahara KKS, Dotto PF. Avaliação dos efeitos adversos desencadeados pelo uso de difosfato de cloroquina, com ênfase na retinotoxicidade, em 350 doentes com lúpus eritematoso. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(Supl 3): S275-82.
- 7- Browning DJ. *Hydroxycloquine and chloroquine retinopathy*. New York: Springer, 2014.

EPISIOTOMIA COMO ROTINA: UMA COMPARAÇÃO DE DUAS ÉPOCAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS

VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral. Docente do curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

CASTRO, José Renato Coelho Alves. Discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

PALAVRAS-CHAVE: parto vaginal; episiotomia; operatória obstétrica; laceração de trajeto.

INTRODUÇÃO

A episiotomia é definida como alargamento do períneo, realizada por incisão cirúrgica durante o período expulsivo do trabalho de parto, com tesoura ou lâmina de bisturi, requerendo sutura para sua correção.

Hoje, a recomendação atual da Organização Mundial de Saúde não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, porque em alguns casos ela pode ser necessária. Não está muito claro em que situações a episiotomia é, de fato, imprescindível, porque até mesmo partos instrumentais (fórceps ou vácuo-extração) podem ser realizados sem episiotomia. Fala-se muito em "ameaça de ruptura perineal grave", para prevenir rupturas de terceiro ou quarto grau, mas o que, clinicamente, caracteriza essa "ameaça" ainda não está definido.

JUSTIFICATIVA

A realização de episiotomia de forma rotineira foi, durante muitos anos, um grande exemplo de prática médica adotada sem base em estudos clínicos bem conduzidos. Permanece como o segundo procedimento mais comum em obstetrícia e o procedimento mais realizado em mulheres, tendo como objetivos prevenir severos danos perineais nas mulheres submetidas ao parto normal, assim como reduzir o período expulsivo.

Estamos vivendo um momento muito conturbado neste aspecto da operatória obstétrica. Existem duas correntes que defendem, inclusive com veemência os dois lados da discussão. Quem tem a razão?

Fui testemunha desta discussão durante minha passagem pela maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, pois nas discussões diárias do serviço sobre os casos internados, sempre notava uma tendência a fazer da episiotomia uma rotina, mas em alguns momentos, ao examinar minha paciente do dia, encontrava uma paciente onde a cirurgia não havia sido indicada. Também presenciei as lacerações.

Portanto decidi estudar um pouco mais profundamente a questão e emitir uma opinião, que apesar de ser ainda de um estudante de medicina, tem a importância da observação atenta do processo. Esta posição estará em minha conclusão.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Questionar se devemos ou não realizar a episiotomia de rotina na obstetrícia moderna.

Objetivos Secundários

Quantificar se os benefícios e malefícios se equivalem com ou sem a episiotomia. Avaliar se os resultados da primeira abordagem sobre o tema realizada em 2013, exerceram impacto sobre a conduta dos obstetras na Maternidade do HCT. Contribuir para o protocolo de rotinas da maternidade do HCT.

METODOLOGIA

Este trabalho, com o objetivo didático e com características descritivas, comparou duas séries de casos em dois momentos do Curso de Medicina de uma mesma turma. Em um primeiro tempo, entre 01 de abril e 16 de maio de 2013, durante o 5º período do curso, um grupo de alunos que incluía o autor deste trabalho de conclusão de curso (TCC) entrevistou pacientes que foram internadas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, após autorização do chefe da mesma. Estas pacientes foram atendidas pelo parto vaginal, sendo excluídas as cesarianas e as gestações com menos de 20 semanas.

Após consentimento informal obtido das pacientes, o grupo de pesquisadores que se revezou durante toda a semana, aplicou um questionário que abordava a paridade a paciente, a utilização da episiotomia e a presença de lacerações de trajeto. Estes primeiros resultados podem ser vistos na primeira parte do capítulo resultados.

Na segunda fase da pesquisa, 3 anos depois, um dos alunos envolvido na primeira série de casos, entrevistou com a mesma intenção as pacientes que foram internadas entre 04 de abril de 2016 e 23 de julho de 2016. Cabe ressaltar que o questionário utilizado desta vez, não foi só dirigido para a pesquisa em tela, pois com a finalidade de aumentar o tamanho da amostra, abordou 5 temas diversos, que da mesma forma foram utilizados por alunos diversos.

RESULTADOS

Na primeira série de casos levantados, o grupo de pesquisadores entrevistou 101 pacientes, e os resultados permitiram construir as tabelas abaixo, que relacionam a opção ou não da episiotomia, e a ocorrência de lacerações do trajeto mole, sem preocupação de classificação do tipo de intercorrência. Na TABELA 1 estão grupadas as primigestas, enquanto na TABELA 2 estão as multigestas.

Os resultados se mostraram mais expressivos ainda mostrando que a episiotomia protege a paciente de lacerações vaginais, que podem ser de fácil solução, mas em alguns momentos não são.

CONCLUSÃO

A princípio a episiotomia foi um procedimento proposto para auxiliar os partos vaginais que apresentassem dificuldades no momento da expulsão fetal. Com o passar do tempo tornou-se uma prática rotineira, que atualmente tem sua utilidade e beneficência sendo refutadas por várias instituições, dentre elas a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde. Entretanto, mesmo as opiniões contra sua realização admitem a inexistência de parâmetros objetivos e precisos para definir a real necessidade de tal prática. Sendo assim, e levando em consideração os dados obtidos durante os dois períodos que envolveram este trabalho, podemos considerar que:

Existe utilidade na prática da episiotomia durante o parto vaginal;

Mesmo com três anos entre uma série e outra de pacientes, não aconteceu nenhum treinamento para que a episiotomia deixasse de ser rotineira, e as lacerações pudessem ser evitadas;

Pelo contrário elas ficaram mais comuns;

Que fique claro que não estamos levando em consideração as lesões musculares, que somente se manifestarão no futuro ginecológico da paciente.

Esta conclusão será divulgada entre o grupo de atendimento na Maternidade de HCT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tavares K. **Trabalho apresentado na Liga de História da Medicina.** 2013; UNIFESO.

FEBRASGO. **Revisão sistemática - Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências – 2009.**

Lobo SF. **O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais.** Tese de Mestrado. 2011

Rimolo ML. **Revisão de literatura: Critérios para realização da episiotomia – uma revisão integrativa.** 2008.

Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho, ob. **Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil.** Ver Assoc Med Brás.2010;56(3):333-39.

Oliveira SMJV, Miquilini EC. **Frequência e critérios para indicar a episiotomia.** Ver Esc Enferm.USP.2005;39(3):288-95.

Beleza ACS, Ferreira CHJ, Ligia N et al. **Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades.** Ver Brás Enferm.2012;65(2):264-8.

Oliveira E, Zuliani LMM, Ischicava J et al. **Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina.** Ver Assoc Med Brás.2010;56(6):688- 90.

A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA: DA ANTIGUIDADE ATÉ PHILLIPE PINEL

HERNANDEZ, Daniel Pinheiro. Docente do Curso de Graduação de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

TAVARES, Kadu. Docente do Curso de Graduação de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVES: Phillippe Pinel, História, Psiquiatria, Loucura

INTRODUÇÃO

A doença mental sempre existiu nas sociedades. Os loucos sempre foram temidos, torturados, adorados, ridicularizados, porém raramente tratados. A doença mental confronta a essência da humanidade e nos dá a dolorosa consciência da fragilidade da sanidade mental.

A psiquiatria tem três fases que são observadas desde as primeiras sociedades. Primeiro a sua fase mágica, depois a fase orgânica e por último ela alcança a compreensão psicológica de suas perturbações. Nos últimos séculos, a ciência dedicou seus esforços à exploração do universo físico e o estudo médico, por conseguinte, também se tornou uma ciência natural aplicada ¹.

A psiquiatria surge nesse cenário como um desafio, uma vez que, as alterações clínicas da doença mental não podem ser determinadas laboratorialmente, nem localizadas anatomicamente, não se enquadrando na orientação racional, material e mecanicista que a ciência médica se firmou. O paciente psiquiátrico provoca e desconstrói a imagem dominante do homem criada pela ciência natural ¹.

Neste contexto surge Phillippe Pinel considerado o libertador dos loucos por trazer uma abordagem empática e por resgatar no paciente psiquiátrico um pouco da sua humanidade e dignidade. Em uma época em que os doentes mentais eram trancados, privados do convívio social. A ignorância da sua natureza, o medo e a crença de que é algo intratável faziam com que os pacientes psiquiátricos fossem marginalizados de tal maneira. A evolução da psiquiatria é, portanto, a evolução da própria civilização ¹.

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo abordar um breve relato da história da loucura dando ênfase em quem foi Phillippe Pinel e seu papel como o “libertador dos loucos”.

OBJETIVOS

Gerais

Abordar a história da loucura, apresentar Phillippe Pinel e avaliar seu título de “libertador dos loucos”

Específicos

Coletar dados referente a loucura na história das sociedades, abordar a compreensão social da loucura, o cuidado com o paciente psiquiátrico e demonstrar a importância histórica e na concepção de saúde atribuída a Phillippe Pinel.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado como base em revisões bibliográficas em livros, artigos, periódicos e sites institucionais. Essa pesquisa foi realizada em português, inglês e francês.

DISCUSSÃO

A história da psiquiatria será abordada dando com foco em quem foi Phillippe Pinel, seu papel como “salvador dos loucos” e se houve alguma outra pessoa que propôs abordagem humanitária semelhante. No decorrer da história observa-se que os loucos foram admirados, ignorados, temidos, ridicularizados, mas muito raramente tratados.

O presente estudo se inicia na Mesopotâmia, passa pelo Egito, Grécia, Roma, Israel, muçulmanos e judeus, passando pela Idade Média, Renascimento e Iluminismo. Por toda história fica evidente que o conceito de doença está em constante transformação, estando muito ligado à dinâmica social vigente. E que a modernidade não é sinônimo de melhorias. A humanidade progride e regride constantemente.

No mundo antigo a doença era vista com superstição, e qualquer anomalia era um sinal vindo dos planos superiores. Os gregos deram início à fase racional, e passaram a buscar explicações livres de conceitos místicos. Sua filosofia natural foi sufocada na Idade Média para retornar na Renascença e iluminismo. No início da idade Média os princípios Cristãos proporcionaram relativo cuidado e assistência aos doentes e necessitados, mas com o enfraquecimento da Igreja, associado com o aumento da população nos grandes centros, causou um problema público que culminou nas grandes internações e no surgimento dos hospícios como depósito humano indesejável.

É neste momento histórico que surge Phillippe Pinel, e outras figuras não menos ilustres, que de fato agiram de forma singular, personalizada, humana e empática. Em prol do bem estar humano.

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo abordar um breve relato da história da loucura dando ênfase em quem foi Phillippe Pinel e seu papel como o “libertador dos loucos”.

CONCLUSÃO

Como disse a Dra Marie Beynon Ray: “Importante não é quem disse primeiro, mas quem disse melhor”. De fato, Pinel não foi o primeiro a libertar e tratar dos insanos, mesmo porque nem sempre na história eles foram temidos e repudiados. Mas teve sua importância como agente catalisador de mudanças que estavam amadurecendo ao longo dos séculos. E pode modificar de forma positiva o curso da doença mental na sociedade.

Ao afirmar que a fase psicológica é a última fase da psiquiatria, automaticamente surge a objeção a isto. Pinel propôs que a doença mental é derivada de alterações do Sistema Nervoso, estresse emocional e fatores genéticos. Assim como os médicos muçulmanos e judeus que deram ênfase na saúde do corpo e do espírito. Será que a psiquiatria é composta de três fases? Será que o mais correto não seria uma integração das três fases? Como proposto por alguns antigos pensadores que uniam corpo, mente e espírito? Ou será que não existe uma nova fase a se descobrir? A física quântica e a aproximação com as filosofias orientais têm mostrado novos horizontes que vão precisar de tempo para serem digeridas, mas que evidenciam que ainda tem muito caminho a ser andado.

Este trabalho de história que conclui e encerra uma graduação em medicina pede uma reflexão que conecta a história à medicina, visando evoluir adiante na elucidação de seus problemas. Ora, se a definição completa de saúde é o bem-estar biológico, psicológico e social do homem, porque não é presente no currículo de medicina as discussões sobre história, sociologia, antropologia, psicologia e até mesmo filosofia e teologia, porque somos seres com inclinações metafísicas?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Alexander FG, Selesnick ST. História da psiquiatria. São Paulo: IBRASA, 1966.

MIOCARDIOPATIA POR QUIMIOTERAPIA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

REGUENGO, Kauan Correa. Discente do Curso de Graduação em Medicina.

CAMANDAROBA, Paulo. Professor do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS-CHAVES: Cardiotoxicidade, quimioterapia, antraciclina, insuficiência cardíaca.

INTRODUÇÃO

A cardiotoxicidade dos quimioterápicos é um efeito colateral conhecido desde 1967 e dentre todos os efeitos não desejados que estas drogas podem causar, a cardiotoxicidade é o principal, pois pode provocar disfunção miocárdica, podendo levar a insuficiência cardíaca, diminuindo substancialmente a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Seu conceito é simples, é a toxicidade que afeta o coração. No passado era considerada uma complicação rara e pouco importante, porém atualmente se sabe que até 20% dos pacientes tratados com antraciclina podem desenvolver insuficiência cardíaca. Na prática é avaliada e definida através da queda na fração de ejeção, dividida em graus I, II e III. É dividida também em 2 subtipos baseados nos diferentes tipos de alterações anatomopatológica e a evolução clínica do paciente. ^{1,2,5,6,8}

Pode se apresentar clinicamente de maneira subaguda, aguda e crônica, com sintomas que vão desde arritmias, miocardite, pericardite e alterações no eletrocardiograma até a insuficiência cardíaca. É diagnosticada através de métodos de imagem, como ecocardiograma e a ventriculografia radioisotópica, que demonstram a disfunção cardíaca, e através de biomarcadores como a troponina e BNP, porém o método mais sensível e específico é a biópsia endomiocárdica, exame de natureza invasiva e com muitos riscos associados.

OBJETIVOS

Discutir um relato de caso de insuficiência cardíaca por quimioterapia, métodos diagnósticos e manejo, associado a uma revisão de literatura.

METODOLOGIA

Este trabalho é composto por uma revisão da literatura narrativa com relato de caso, obedecendo as normas VANCOUVER e ABNT. Para realização deste trabalho foi feita uma revisão de literatura através de artigos científicos sobre a temática que foram acessados nas bases o Google

Acadêmico e o PubMed. Os seguintes descritores foram aplicados: cardiotoxicidade, quimioterapia, cardiotoxicidade das antraciclina, insuficiência cardíaca, insuficiência cardíaca por quimioterapia.

RELATO DE CASO

E.V.C.T, 54 anos, feminino, branca, costureira, casada, evangélica, natural do rio de janeiro, reside atualmente em Teresópolis (RJ), relatava que há aproximadamente 4 anos começou um quadro de dispneia, inicialmente aos grandes esforços, como subir escadas, evoluindo posteriormente após o intervalo de 1 ano para dispneia em repouso associado a dispneia paroxística noturna, negava outros comemorativos. Durante um episódio mais intenso de dispneia a paciente procurou a unidade de pronto atendimento (UPA), na qual permaneceu na sala amarela recebendo o devido tratamento até ser encaminhada para o hospital. Durante a investigação no hospital, o ecocardiograma realizado demonstrou severo comprometimento da função sistólica com fração de ejeção de 30% e uma disfunção diastólica tipo 3, o eletrocardiograma apresentava ritmo sinusal com sobrecarga atrial esquerda. A paciente também foi submetida a cineangiocoronariografia, que mostrou coronárias sem alterações. Após a alta hospitalar a paciente foi encaminhada para a clínica de insuficiência cardíaca de Teresópolis (CLIC) para realização do acompanhamento e tratamento da sua patologia.

Paciente apresenta história de CA de mama descoberto em 2008 através do exame histopatológico que concluiu que se tratava de um carcinoma apócrino infiltrante, grau III de Elston e Ellis. A paciente foi operada no mesmo ano, a cirurgia foi a mastectomia direita radical com linfadenectomia axilar. Foram realizadas posteriormente 6 sessões de quimioterapia, com fármaco da classe das antraciclina, mais radioterapia. Apresenta dois ecocardiogramas em 2009, ambos com dimensões cavitárias e fração de ejeção normais, sem disfunção ventricular. Paciente portadora de artrite reumatóide, descoberta em 2006, tratando no momento com metotrexato e ácido fólico, apresenta osteoporose, confirmada através de densitometria óssea em 2010, faz uso de alendronato de sódio e reposição de cálcio. Paciente esplenectomizada na infância por motivo traumático. Em 2013 foi internada por insuficiência cardíaca descompensada, com derrame pleural bilateral (maior a direita), um ecocardiograma realizado neste ano mostrou uma fração de ejeção de 30% e função sistólica global e segmentar de ventrículo esquerdo severamente deprimidas em repouso. Coronariografia e ventriculografia esquerda de 2013 evidenciaram coronárias sem lesões obstrutivas e disfunção sistólica de ventrículo esquerdo de moderada a grave, respectivamente. Negava alergia medicamentosa.

Mãe de 2 filhos, sem história de aborto, teve menarca aos 12 anos e desenvolvimento neuropsicomotor normal na infância. Paciente ex-tabagista, com carga tabágica de 7 maços.ano, negava etilismo. Relatou morar em casa de alvenaria com água filtrada e coleta de lixo.

No exame físico de admissão na CLIC a paciente se apresentava hipocorada (+/4+), acianótica, anictérica, hidratada e eupneica em ar ambiente. Peso de 53 kg, estatura de 1,54 m, pressão arterial de 100 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 66 bpm, frequência respiratória de 20 irpm. Não apresentava turgência jugular. O aparelho cardiovascular apresentava ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas sem sopros. No aparelho respiratório o murmúrio vesicular era universalmente audível sem ruídos adventícios. O exame físico do abdome era normal. Os membros inferiores não apresentavam edema, os pulsos eram normopalpáveis e as panturrilhas livres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não ser a principal causa de insuficiência cardíaca, a cardiotoxicidade dos quimioterápicos passou a ter grande importância no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes submetidos a terapia oncológica, já que este é um dos mais temidos efeitos colaterais destes fármacos. Portanto é de extrema importância que todo paciente oncológico seja avaliado e monitorado na parte cardiológica, porque a prevenção e a intervenção precoce são as principais armas para combater a cardiotoxicidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá , Rafael Alessandro Ferreira Gomes, Niedjon Peixoto Carvalho Silva. **Cardiotoxicidade e quimioterapia.** Rev Bras Clin Med, 2009;7:326-330.
2. Douraid K. Shakir, Kakil I Rasul. **Chemotherapy Induced Cardiomyopathy: Pathogenesis, Monitoring and Management.** Manuscript accepted for publication February 6, 2009.
3. Álvaro Teixeira da Costa¹ , Bruno Santos Soares¹ , Dalton Caires Pereira Pessoa **Cardiotoxicidade induzida por quimioterápicos** Rev Med Minas Gerais 2010; 20(2 Supl 1): S11-S14.
4. João F. Sequeira, Isabel M. Madruga. Manuela Ribeiro, Paulo C. Duarte. **Cardiotoxicidade da Quimioterapia Oncológica.** Acta Médica Portuguesa 994; 7:311-318.
5. Solón Navarrete Hurtado¹, Ana María Castellanos Mejía², Andrea Chaparro Sanabria² . **Cardiotoxicidad por quimioterapia Un enfoque práctico para el clínico.** Insuf. card. vol.6 no.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jul./set. 2011.
6. Saragiotto DF, Riechelmann R, Ribeiro Junior. **Tratado de Oncologia.** São Paulo: Atheneu; 2013. Vol 1 p. 1129-1138.
7. Gharib, M.I. and Burnett, A.K. (2002), **Chemotherapy-induced cardiotoxicity: current practice and prospects of prophylaxis.** European Journal of Heart Failure, 4: 235–242. doi:10.1016/S1388-9842(01)00201-X.
8. Kalil filho R, Hajjar LA, Bacal F et al. **I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** Arq Bras Cardiol. 2011;96(2 supl.1): 1-52.
9. William Azem Chalela, José Cláudio Meneghetti. **I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Cardiologia Nuclear.** Arq Bras Cardiol volume 78, (suplemento III), 2002
10. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica.** Arq Bras Cardiol 2009;93(1 supl.1):1-71.

O PAPEL DA VITAMINA D NA PREVENÇÃO DO DIABETES MELLITUS

PEREZ, Mario Castro Alvarez. Docente do Curso de Graduação em Medicina.

VIEIRA, Laina. Discente do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Vitamina D; Doenças autoimunes; Diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 15 anos, um número crescente de estudos tem demonstrado o papel preventivo da vitamina D₃ em diversas patologias, incluindo neoplasias malignas, cardiopatias e doenças autoimunes, entre outras. Estes efeitos benéficos da vitamina D₃ parecem relacionados principalmente à sua ação imunorreguladora e sua atividade gênica.

A atuação da vitamina D em processos metabólicos é pesquisada desde o século XVII. Três séculos depois, em 1903, o médico dinamarquês Niels Ryberg Finsen recebeu o prêmio Nobel de Medicina por ser o pioneiro em divulgar a importância da helioterapia, ou seja, o efeito terapêutico da luz solar no lupus vulgaris. No seu estudo, 800 pacientes com lupus vulgaris (tuberculose cutânea) foram tratados com raios ultravioletas no Instituto de Fototerapia de Copenhague. Destes indivíduos, 50% foram curados e os demais relataram melhora da doença.¹ Em 1938, o estudo da vitamina D também rendeu a Adolf Otto Reinhold Windaus o prêmio Nobel de Química.²

Apesar dos benefícios comprovados da vitamina D, percebe-se que, atualmente, grande parte da população apresenta heliofobia, isto é, medo persistente de tomar sol, o que acarreta no uso incessante de protetores solares. Os raios ultravioletas são estigmatizados, por essas pessoas, como causadores de câncer, alergias, envelhecimento precoce, dentre outros malefícios, com pouca valorização ou consciência acerca dos seus benefícios.

Apesar da heliofobia ser uma postura difundida mundialmente, limitando a capacidade de serem testados benefícios potenciais da exposição à luz solar, os resultados de várias investigações têm indicado a importância dos raios solares na produção de um hormônio adquirido quase exclusivamente por essa via, a vitamina D₃. Há longa data, esse composto hormonal tem sua importância comprovada em relação ao metabolismo ósseo. Todavia, necessita-se de mais investigações quanto à sua influência em diversos tecidos humanos, como o cérebro, coração, pele, células imunes, próstata e mamas, entre outros órgãos e sistemas. Portanto, faz-se necessário ampliar a discussão no sentido de esclarecer a função da vitamina D₃ para além das suas ações no metabolismo ósseo.³

No Brasil, o neurologista e professor da UNIFESP, Dr. Cícero Galli Coimbra, utilizar a anos, quase exclusivamente, a Vitamina D₃ como tratamento de doenças autoimunes, especialmente a esclerose múltipla. Seguindo seus passos, vários médicos no Brasil adotaram a sua abordagem terapêutica evidenciando resultados promissores. Esta nova

forma de abordagem terapêutica dos compostos baseia-se na ação imunomoduladora exercida pela vitamina D.³

Além dos benefícios observados no tratamento da esclerose múltipla, outra importante doença autoimune, de crescente incidência, a diabetes mellitus tipo 1, também tem sido alvo de prevenção e tratamento com vitamina D₃. Em 2014, o número de brasileiros entre 20 a 79 anos de idade com diabetes mellitus foi estimado em 11,9 milhões, estimando-se ainda que os gastos diretos relacionados a esta doença oscilariam em torno de 3,9 bilhões de dólares por ano.⁴

Com o aumento crescente da incidência da diabetes mellitus (DM) e os impactos resultantes da ampla gama de suas complicações, revelam-se cada vez mais pertinentes e importantes trabalhos que avaliem a sua prevenção e tratamento. Este trabalho se concentrará nas evidências científicas que relacionam o uso da vitamina D₃ na prevenção de diabetes mellitus.

OBJETIVOS

Geral

Realizar uma revisão da literatura médica pertinente acerca do papel preventivo da vitamina D₃ na diabetes mellitus.

Específico

Revisar a fisiologia da vitamina D no organismo humano; ii.Rever a fisiopatologia da diabetes mellitus; iii.Apresentar os dados acumulados na literatura médica acerca do papel benéfico da administração da vitamina D₃ na prevenção da diabetes mellitus tipo 1 e tipo2.

Acadêmico

Apresentar requisito para obtenção do grau de médico na faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como revisão bibliográfica. Foram pesquisados trabalhos nacionais e internacionais, armazenados nos bancos de dados da biblioteca Cochrane, Medline e Lilacs. Utilizaram-se os descritores vitamina D e diabetes mellitus. Foram selecionados trabalhos nos idiomas inglês e português, sendo pesquisados 1.020 artigos disponíveis no período de 2004 a 2016. As publicações foram inicialmente selecionadas pelos títulos e resumos. Ao final, 48 artigos foram considerados compatíveis, sendo selecionados 18, priorizando-se os mais recentes e com o maior nível de evidência.

CONCLUSÕES

A literatura consultada e analisada permitiu identificar possíveis interfaces entre a vitamina D₃ e diabetes mellitus tipos 1 e 2. Os resultados dos trabalhos analisados evidenciaram

alguns aspectos já elucidados, mas ainda persistem fatos obscuros acerca da temática. Para avançar nossa compreensão e domínio sobre o assunto, mais estudos prospectivos demonstrando os efeitos clínicos e metabólicos da vitamina D são necessários, no sentido de se apreender a complexidade das relações entre a vitamina D₃ e o DM.

Como discutido, vários estudos caso-controle foram realizados demonstrando a associação entre a vitamina D₃ e a prevenção do DM, tanto do tipo 1 como do tipo 2. Importante destacar dois dos estudos aqui apresentados que produziram resultados fundamentais e atualizados: (1) o promissor estudo publicado em 2016 pelo *The American Journal of Clinical Nutrition*, em que o tratamento de crianças com 2000 UI/dia de vitamina D diminuiu o risco de se desenvolver diabetes mellitus tipo 1 em 80%; (2) a ampla meta-análise realizada em 2016 que demonstrou a relação entre alguns polimorfismos do gene VDR e sua relação com o desenvolvimento do DM2.^{5,6}

De forma prática, uma medida importante que teria grande impacto na prevenção da hipovitaminose D na população brasileira seria a inclusão de suplementos contendo vitamina D na lista de medicamentos fornecidos gratuitamente pelo SUS. Como abordado anteriormente, essa ideia já foi contemplada pela SBEM, tendo sido proposta essa medida para o Ministério da Saúde. Todavia, muitas questões ainda devem ser abordadas para que a administração da vitamina D seja amplamente utilizada de forma prática na prevenção das doenças assinaladas.

Alguns aspectos práticos que ainda necessitam ser elucidados, exigindo estudos mais aprofundados, incluem (1) a definição das doses necessárias para que ocorra uma prevenção efetiva, (2) a partir de qual idade a administração desse hormônio deve ser iniciada e (3) para qual grupo de indivíduos e de qual maneira deve-se direcionar o seu uso. Outro ponto que deve ser melhor explorado é a padronização quanto ao melhor método para realizar a dosagem da concentração sérica da vitamina D₃. Também deve haver um melhor controle e fiscalização na realização desses exames, incluindo o uso de ferramentas de controle de qualidade, como o DEQAS (International Vitamin D External Quality Assessment Scheme). Por fim, deve-se definir a melhor forma de reposição da vitamina D, uma vez que a elevação das suas concentrações sanguíneas pode ser alcançada através da sua suplementação oral/parenteral ou através de incrementos na exposição à luz solar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 – Grant W. Hypothesis—UltravioletB Irradiance and Vitamin D Reduce the Risk of Viral Infections and thus Their Sequelae, Including Autoimmune Diseases and some Cancers. *Photochemistry and Photobiology* [Internet]. 2008 [cited 3 September 2016];84(2):356-365.

2 – Schuch N, Garcia V, Martini L. *Vitamina D e Doenças Endocrinometabólicas*. Scielo. 2009.

3 – Marques C, Dantas A, Fragoso T, Duarte Â. The importance of vitamin D levels in autoimmune diseases [Internet]. Scielo. 2016 [cited 20 August 2016]. 4 – Milech A, Oliveira J, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. *diabetes.org.br*. 2016.

5 – *The American Journal of Clinical Nutrition*. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. 2004.

6 – Yu F, Cui L, Li X, Wang C, Ba Y, Wang L et al. The genetic polymorphisms in vitamin D receptor and the risk of type 2 diabetes mellitus: an updated meta-analysis. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2016.

MUTAÇÕES NOS GENES BRCA1 E BRCA2 E SEUS IMPACTOS NA DECISÃO DA MASTECTOMIA PROFILÁTICA

*PEREIRA, Laís Barbosa de Azevedo Discente do curso de Medicina do UNIFESO.
PEREZ, Mário Castro Alvarez. Docente do curso de Medicina do UNIFESO.*

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama; BRCA1; BRCA2; mutações genéticas; mastectomia profilática.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas são doenças associadas a instabilidade genética, sendo necessário um acúmulo de vários danos ao genoma para determinar o seu surgimento. A etiologia exata do câncer de mama não é totalmente conhecida, estando relacionada a questões hormonais e hereditárias. Entre os genes envolvidos na predisposição ao CA de mama, destacamos o BRCA 1 e BRCA 2, que são genes supressores tumorais, mas cuja função é a codificação de proteínas que reparam erros do DNA; sendo assim, qualquer mutação ou deleção que esses genes venham a sofrer pode causar perda de função e aumento da probabilidade de desenvolvimento de uma neoplasia.

Nem todas as suas mutações, contudo, são consideradas como de elevado risco oncogênico, havendo algumas que parecem ser inofensivas. A relação exata da predisposição ao CA conferida pelas mutações nos genes BRCA1/BRCA2 não é estabelecida. A conduta adotada com relação ao tratamento das pacientes com CA de mama associado a alguma mutação em BRCA1 ou BRCA2 difere daquela das pacientes que apresentam câncer de maneira esporádica, pois nas primeiras o risco de desenvolvimento de câncer contralateral é elevado, tornando necessárias medidas mais agressivas. Nesse sentido, a mastectomia profilática tem se revelado uma alternativa bastante adotada nos últimos anos.³

Mastectomia profilática é a remoção uni ou bilateral de mama saudável. Dependendo do tipo de procedimento cirúrgico realizado os riscos do subsequente desenvolvimento do CA de mama caem de 90-95%. A escolha de realizar tal procedimento cirúrgico pode trazer para a paciente alguns transtornos psicológicos, por se tratar de um procedimento agressivo mutilante e traumatizante, capaz de alterar a imagem corporal da mulher, sua identidade e sua autoestima já que a mama é um órgão com importante simbolismo para o sexo feminino, representando um importante elo com a feminilidade e a sexualidade. A realização da mastectomia profilática é ainda alvo de muita discussão e polêmica na classe médica, há consenso de que, em pacientes que apresentam mutações nos genes BRCA1 e/ou BRCA2, essa estratégia representa uma importante ferramenta para reduzir o risco do desenvolvimento do CA de mama já que se trata de uma doença que traz consigo muito sofrimento para a paciente e seus familiares, além da incerteza da cura e outros transtornos psicológicos correlatos.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como proposta central analisar e discutir como a presença de mutações genéticas, em especial aquelas afetando os genes BRCA1 e BRCA2, influenciam na tomada de decisão para a realização da mastectomia profilática.

METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se numa revisão qualitativa da literatura médica pertinente, sendo realizadas buscas nos periódicos indexados no período compreendido entre setembro de 2015 e julho de 2016. Foram procedidas pesquisas nos bancos de dados SciELOePubMed, utilizando-se os seguintes descritores: “mastectomia profilática”; “mutação no BRCA1”; “mutação no BRCA2”; “neoplasia mamária”; e “câncer de mama”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CA de mama é o câncer que mais frequentemente acomete as mulheres no mundo inteiro, incluindo o Brasil, tendo taxas de incidência inferiores apenas aos cânceres de pele não melanoma. Segundo dados epidemiológicos, tivemos no Brasil, em 2010, aproximadamente 49 casos por cada 100 mil mulheres.

A sobrevida das pacientes afetadas pelo CA de mama varia; em países desenvolvidos a sobrevida pode chegar a 5 anos, enquanto que nos subdesenvolvidos, como o Brasil, esse valor é bem menor, devendo-se ao fato de o diagnóstico ser estabelecido em fases mais avançadas da doença, o que reduz de forma significativa as chances de um tratamento eficaz e eficiente. As neoplasias malignas são caracterizadas como doenças onde há uma instabilidade genética, sendo necessário um acúmulo de vários danos ao genoma para determinar o seu surgimento. Como consequência, dá-se uma proliferação celular que ocorre de forma desordenada e exacerbada. No caso do CA de mama, é a instabilidade genômica que está intimamente relacionada ao desenvolvimento do câncer, seja através de mutações pontuais, deleções de áreas genômicas ou, até mesmo, ampliações ou rearranjos de áreas cromossômicas. Em decorrência dessas alterações, pode-se instalar, por exemplo, uma ativação de oncogenes, o que proporciona, conseqüentemente, uma perda de ação supressora tumoral.

Sabemos que são as variantes genéticas do BRCA1 e BRCA2 (genes presentes nos cromossomos 13 e 17, respectivamente) que conferem maior risco para o desenvolvimento de tal patologia. Esses genes agem como supressores tumorais e regulam o ciclo celular, tendo como ação principal o reparo dos danos do DNA. Sendo assim, qualquer mutação ou deleção que esses genes sofrem pode causar perda de função e aumento da probabilidade de desenvolvimento tumoral. O risco de desenvolvimento de câncer em mulheres que apresentam mutações no complexo genético BRCA1/BRCA2 é de aproximadamente 80%. O risco das pacientes portadoras de mutações no gene BRCA2 se assemelha àquele das portadoras de mutação BRCA1, havendo, contudo, um aparecimento mais tardio em relação às últimas – o aparecimento do CA de mama se dá em faixa etária mais avançada no grupo de pacientes com mutações no BRCA2. Nos pacientes portadores de mutações no complexo BRCA1/BRCA2, o risco de desenvolvimento de CA de mama contralateral é aumentado, sendo 4,5 vezes maior quando o BRCA1 é afetado e 3,4 vezes maior, caso trate-se do BRCA2. No caso das pacientes com afecção do BRCA1, quanto menor a idade do primeiro CA de mama diagnosticado, maior será o risco do desenvolvimento de um câncer de mama contralateral.

Os cânceres associados a mutações no BRCA1 são geralmente infiltrativos, com alto grau histológico; apresentam infiltração linfocitária, padrão de crescimento sincicial e são triplo negativos, havendo expressão positivada P53 enegativa daciclina D1. Esses tumores apresentam um comportamento marcado por uma evolução mais agressiva, possuindo um pior prognóstico. Já o fenótipo do CA de mama associado a mutações do BRCA2 geralmente é caracterizado como se tratando de um carcinoma ductal, com grau histológico intermediário, receptor de estrogênio positivo, HER-2/NEU positivo, p53 positivo eciclinaD1 positiva, sendo comum a sua expressão como carcinoma *in situ*.

Dispomos nos dias atuais como principais meios de prevenção primária do câncer de mama a mastectomia profilática e a quimio-prevenção com tamoxifeno. Quimio-prevenção é o nome dado a um procedimento que consiste no uso sistêmico de agentes químicos (naturais ou sintéticos) para reverter ou suprimir a passagem de lesões pré-malignas carcinomas invasores. O efeito dessa estratégia na prevenção do CA de mama se baseia no fato de que pacientes portadoras da doença tendem a ter uma expressão diferenciado receptor de estrogênio, que se revela um alvo para intervenções. Porém a estratégia preventiva que promove maior redução de risco é a realização de mastectomia profilática, procedimento capaz de reduzir o risco relativo em até 95%. A mastectomia profilática é uma alternativa preventiva eficaz para pacientes que têm mutações envolvendo qualquer um dos genes do complexo BRCA, sendo aplicável tanto para pacientes que ainda não tiveram Ca de mama diagnosticado, como naquelas em que um tumor foi previamente identificado, realizando assim profilaxia contra o acometimento contralateral. O tratamento oferecido a uma paciente com mutação em um dos genes do complexo BRCA deve sempre levar em consideração o risco de acometimento contralateral pelo CA de mama (chance de 30% em 10 anos); nesse sentido, uma paciente que apresente um CA de mama associado a uma de tais mutações deverá realizar uma cirurgia extensa, como por exemplo a mastectomia bilateral, para impedir o surgimento de um segundo tumor primário na mama contralateral. Dependendo do tipo de mastectomia profilática realizada, os riscos de ocorrência posterior de CA de mama caem entre 90% e 95%. As poucas complicações relacionadas à realização de mastectomia profilática incluem ainda a ocorrência de sangramentos, formação de seroma e infecção local. Todavia, a despeito dos baixíssimos índices de complicações decorrentes do procedimento, a opção por essa conduta é pouco realizada pelas pacientes, devido a questões estéticas, psicológicas e culturais. Isto decorre do fato do procedimento trazer consigo alguns transtornos psicológicos decorrentes de sua natureza agressiva, multilante e traumatizante, pois altera a imagem corporal da mulher e afeta sua identidade, comprometendo sua auto estima; como consequência, alguns aspectos da vida da paciente são modificados, como a questão sexual, que fica muitas vezes comprometida, além de pode ocasionar a instalação de depressão ou ansiedade. Em verdade, a escolha de uma paciente de se submeter ao procedimento da mastectomia somente encontra reforço na presença de um ambiente que lhe ofereça apoio psicológico e lhe viabilize meios de realizar a reconstrução da mama.

CONCLUSÃO

A partir da revisão de literatura procedida, foi possível obter informações relevantes sobre a real necessidade da realização da mastectomia profilática em pacientes do sexo feminino portadoras de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. É bem definido que tais mutações representam um elevado risco em potencial de evolução para um CA de mama, contribuindo ainda, mais tardiamente, para o aparecimento de câncer na mama contralateral. Os tumores relacionados têm elevada chance de se comportarem como

lesões invasivas, com elevado potencial de evoluir para metástase, um prognóstico pouco favorável. Tais pacientes podem se beneficiar da realização da mastectomia profilática, obtendo melhora na qualidade de vida e eliminando de maneira substancial o risco de vir a desenvolver uma neoplasia maligna. Devemos salientar que tal procedimento cirúrgico acarreta poucas complicações no pós-operatório imediato e tardio, sendo uma excelente alternativa como forma de prevenção do CA de mama para as mulheres sabidamente detentoras de mutações no complexo genético BRCA1/BRCA2, com levadas taxas de sucesso. O bem estar e a boa aceitação de tal conduta, caracterizada por muitos como mutilante e agressiva, estão intimamente relacionados com o fornecimento de apoio psicológico integral e a atuação conjunta de uma equipe multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Monteiro GA, Novaes JR, Carvalho Júnior JD, Rio JA, Ribeiro LLS, Silva LP et al. O dilema da decisão de Mastectomia Bilateral como prevenção do Câncer de Mama: aspectos éticos e bioéticos. *Bioethikos*. 2011; 5(4): 443-450.
- 2- Alvarengal M, Cottall AC, Dufloth RM, Schmitt FCL. Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos. *J BrasPatolMed Lab*. 2003; 39(2): 167-177.
- 3- Narod SA, Rodríguez AA. Predisposición genética para elcáncer de mama: genes BRCA1 y BRCA2. *Salud pública Méx*. 2011; 53 (5): 20-429.
- 4- Arias-Blanco JF, Ospino-Durán EA, Restrepo-Fernández CM, Guzmán- AbiSaab L, Fonseca-Mendoza DJ, Ángel-Guevara DI et al. Frecuencia de mutación y de variantes de secuencia para los genes BRCA1 y BRCA2 en una muestra de mujeres colombianas consospecha de síndrome de cáncer de mama hereditario: serie de casos. *Rev colombobstetginecol*. 2015; 66(4): 287-296.
- 5- Narod SA. Screening for BRCA1 and BRCA2 mutations in breast cancer patients from Mexico: the public health perspective. *Salud pública Méx*. 2009; 51(supl.2): S191-S196.
- 6- Dufloth RM, Carvalho S, Heinrich JK, Shinzato JY, Santos CC, Zeferino LC et al. Analysis of BRCA1 and BRCA2 mutations in Brazilian breast cancer patients with positive family history. *São Paulo med j*. 2005; 123(4): 192-7.
- 7- Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminine. *Rev bras cancerol*. 2003; 49(4): 227-238.
- 8- Bellavance EC, Kesmodel SB. Decision-Making in the Surgical Treatment of Breast Cancer: Factors Influencing Women's Choices for Mastectomy and Breast Conserving Surgery. *Front Oncol*. 2016; 6(74): 1-7.
- 9- Angelos P, Bedrosian I, Euhus DM, Herrmann VM, Katz SJ, Pusic A. contralateral prophylactic mastectomy: challenging considerations for the surgeon. *Ann SurgOncol*. 2015; 22(10): 3208-

- 10- Monteiro GA, Novaes JR, Carvalho Júnior JD, Rio JA, Ribeiro LLS, Silva LP et al. O dilema da decisão de Mastectomia Bilateral como prevenção do Câncer de Mama: aspectos éticos e bioéticos. *Bioethikos*. 2011; 5(4): 443-450.
- 11- Soares PBM, Quirino Filho S, Souza WP, Gonçalves RCR, Martelli DRB, Silveira MF et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(3): 595-604.
- 12- Meijers-Heijboer H, Geel BV, Putten WLJV, Henzen-Logmans SC, Seynaeve C, Menke-Pluymers MBE et al. Breast cancer after prophylactic bilateral mastectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. *N Engl J Med*. 2001; 345 (3): 159-164.
- 13- Tiezzi DG. Epidemiologia do câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(5): 213-5.
- 14- Fancellu A. Considerations arising from requests from patients for a bilateral mastectomy who are eligible for breast-conserving surgery: Factors weighing for and against performing the operation. *OncolLett*. 2016; 12(1): 764–766.
- 15- Amendola LCB, Vieira R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. *Rev Bras de Cancerol*. 2005; 51(4): 325-330.
- 16- Teller P, Kramer RK. Management of the asymptomatic BRCA mutation carrier. *The Appl of Clin Gen*. 2010; 3: 121–131.

TESTE DE PROGRESSO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO UNIFESO - A ANÁLISE CRÍTICA DO OLHAR DO ESTUDANTE EM SEU PERCURSO HISTÓRICO COMO ESTRATÉGIA DE MOTIVAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO DISCENTE

Saldanha, Laís. Discente do curso de graduação em Medicina. Arcuri, Mariana Beatriz. Docente do curso de Graduação em Medicina;

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Medicina, Teste de Progresso; Avaliação.

INTRODUÇÃO

O Teste de Progresso é uma ferramenta que encontra-se em estudo por várias associações acadêmicas como forma de autoavaliar o estudante e auxiliar também na melhoria do processo de ensino. Atualmente vem sendo empregado e discutido no meio acadêmico de forma bastante ampla. (HIROMI SAKAI, 2008; LÁZARO PINHEIRO, 2014; ABEM, 2014)

No Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO o TP é realizado desde o ano de 2007. Em 2005 quando a Instituição realizou a mudança curricular, sentiu-se a necessidade de acompanhar e avaliar de forma mais eficiente a inserção do currículo integrado e iniciou-se o projeto para sua implantação. A mudança curricular é baseada na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), o ensino é focado no estudante, realizado em sessões de tutoria a partir de situações problema.

A estratégia de ensino-aprendizagem na ABP estimula a elaboração de situações problema que focalizem conhecimentos, habilidades, atitudes e valores em um contexto mais próximo da complexa realidade que será enfrentada pelos médicos em seu mercado de trabalho. A aprendizagem neste caso é centrada no estudante, no aprender a aprender e no estímulo ao pensamento crítico, que permite, sustenta-se, incorporar à prática médica, a visão biopsicossocial dos processos de saúde-doença (BERBEL, 1998).

O Teste de Progresso é considerado um instrumento de avaliação sem caráter de seleção ou classificação, sendo uma prova que tem como objetivo final avaliar se o ganho cognitivo por parte do discente está sendo contínuo e progressivo durante seu período de graduação. Possibilita também, ao curso de graduação avaliar se o conhecimento está sendo consolidado nas áreas da medicina que constituem os importantes pilares para o aproveitamento do internato e a formação final de um médico. (LANNES, 2014; ABEM,2012).

Autoavaliar-se permite ao discente refletir se o modo como está estudando está tendo efeito em seus resultados, saber em qual área do curso apresenta melhor desempenho e o porquê. O discente que analisa seu histórico no TPMed passa a se conhecer melhor, e pode a partir dos resultados criar métodos e objetivos de estudo.

O estudante passa a aprender pela experiência, passa a dar sentido ao que ele é e ao que acontece com ele (LAROSSA, 2001), constituindo assim um eixo de aprendizagem significativa (AUSUBEL, 1982).

Sendo assim o TPMED propicia o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. (LAROSSA, 2001).

OBJETIVOS

Objetivo geral

Após estudar a trajetória do Teste de Progresso no Curso de Medicina do UNIFESO e a perspectiva do discente em relação a esta ferramenta em 2014, temos como objetivo geral deste trabalho, no ano de 2015 e 2016, analisar as fragilidades e potencialidades desta ferramenta de avaliação formativa no momento atual da revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso Médico (DCN, MEC, 2014) a ponto de utilizar os resultados como motivadores da autoavaliação discente, contribuindo para a implantação do currículo integrado do Curso.

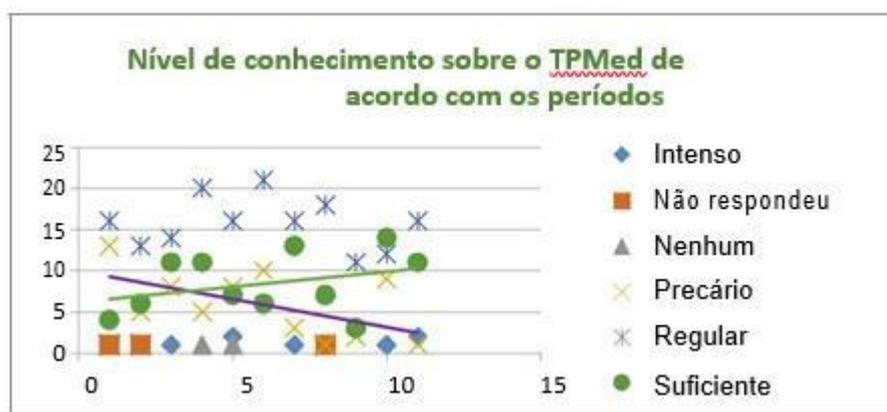
METODOLOGIA

O presente trabalho propõe a utilização da ferramenta de análise do discurso institucional, presente no Projeto Político Pedagógico Institucional (PPPI), além dos relatórios de resultados do Teste de Progresso fornecidos pela Pró-reitoria Acadêmica – PROAC, Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO e o Regimento Interno do UNIFESO – Anexos V e VI sobre Avaliação e do discurso das políticas públicas de educação, especificamente explicitado na publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – publicadas em 2001 e revisadas em 2014. Tais dados encontram-se disponibilizados nas publicações da Instituição e do Ministério da Educação, sendo analisados à luz da construção da referência de suas propostas.

A percepção do corpo discente do Curso de Graduação em Medicina está representado em um conjunto de dados coletados durante o ano de 2014. Estes dados foram gerados através da análise das respostas a questionário aplicado a 343 estudantes (35,5%) do Curso de Graduação em Medicina durante 2014; todos regularmente matriculados, escolhidos aleatoriamente e divididos proporcionalmente entre o segundo e o décimo segundo períodos do Curso de Graduação. Todos os sujeitos convidados a participar desta pesquisa foram apresentados ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), depois de devidamente explicados os objetivos desta, esclarecidas quaisquer dúvidas sobre seu objetivo ou uso de resultados, conforme as normas vigentes do Comitê de Ética em Pesquisa para o trabalho com humanos do UNIFESO e a Resolução CNS 466/2012. Este trabalho foi aprovado – antes da coleta de dados – no CEP e encontra-se cadastrado na Plataforma Brasil CEP 28762614.4.0000.5247. O questionário foi composto por questões fechadas, cujas respostas utilizaram, em sua maioria, escalas de valores (Likert *scale*). Os dados obtidos com sua aplicação foram tabulados e analisados com o auxílio do excel para Windows 7.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos da aplicação do questionário permitiu-nos refletir sobre estratégias de motivação discente para serem empregadas no curso e avançar no sentido de qualificar o uso do Teste de Progresso como ferramenta de avaliação formativa discente. Um dos dados mais expressivos e que mostra o quanto o TP já faz parte do calendário do curso e do dia a dia dos discentes é a taxa de adesão que varia de 70 a 80%, índice considerado alto e 30 pontos percentuais acima da média Institucional. Esse índice subiu ao longo dos anos de aplicação do teste de progresso graças a divulgação e sensibilização. Em outras palavras, a adesão é proporcional à intensificação da sensibilização do aluno sobre a importância do TP.



A aprendizagem baseada em problemas faz parte do contexto da avaliação formativa, onde o estudante tem um olhar reflexivo sobre aquilo que se estuda e se aprende. Precisávamos saber se os estudantes compreendiam o contexto de avaliação formativa e o que eles pensavam dela quando comparada as demais formas de avaliação no processo de aprendizagem.

Os dados demonstraram que 46% dos discentes reconhecem o TP como avanço na forma de avaliação no curso de Medicina, quando comparado a outras instituições de ensino que não o realizam. 44% dos discentes participantes reconhecem pontos positivos na avaliação formativa se comparada à outras formas de avaliações. Demonstrou-se que mesmo tendo uma formação somativa na vida escolar, ao entrar na faculdade e se deparar com a espiral construtivista da aprendizagem baseada em problemas, grande parte dos estudantes conseguem se adaptar e perceber a vantagem dessa metodologia. É possível suspeitar que os estudantes compreendam o conceito de avaliação formativa e seu papel no aprendizado.

Partindo desse princípio, propusemos estratégias de ação visando o aperfeiçoamento do TP, demonstrando que os resultados obtidos são fruto da análise dos dados como um todo.

Esse trabalho visa o aperfeiçoamento do teste de progresso e conseqüentemente espera alcançar todo o potencial do TP no processo de ensino-aprendizagem na FMT. Queremos que não somente os profissionais responsáveis por construí-lo saibam de sua importância, mas principalmente os discentes, pois é sobre eles que refletirá a consequência de um bom ou mal resultado e o ônus de não se autoavaliar.

CONCLUSÃO

Os discentes conhecem a metodologia da sua instituição de ensino, sabem valorizá-la e identificar suas necessidades. Através das medidas de sensibilização a autoavaliação, notou-se que cada vez mais eles reconhecem a importância em se autoavaliar, porém é uma necessidade buscar a fragilidade que leva os períodos do internato a se sentirem desestimulados a realizar o TPMed. Da mesma forma que eles indicam que deve ser realizada uma mudança no modo de discussão dos resultados do teste.

Ensinou Dewey "as crianças não estão, num dado momento, sendo preparadas para a vida e, em outro, vivendo", ensinou, argumentando que o aprendizado se dá justamente quando os alunos são colocados diante de problemas reais. A Educação, na visão deweyana, é "uma constante reconstrução da experiência, de forma a dar-lhe cada vez mais sentido e a habilitar as novas gerações a responder aos desafios da sociedade".

Educar, portanto, é mais do que reproduzir conhecimentos. É incentivar o desejo de desenvolvimento contínuo, preparar pessoas para transformar algo. (DEWEY, 1979). O TPMed é uma das ferramentas de incentivo que a FMT proporciona aos seus alunos, e com ele quer ajudar seus alunos a transformar conhecimento em ações.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, Projeto ABEM 50 anos: Dez anos das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, 2012 Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/50anos.pdf>

BERBEL, N. N. Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v.2, n.2, p. 141 – 154, 1998.

LANNES, D.; VELLOSO, A. Avaliação formativa: revendo decisões e ações educativas. Disponível em: http://www.educacaopublica.rj.gov.br/oficinas/ed_ciencias/avaliacao/scripts/avaliacao_formativa.pdf . Acessado em: 17/09/2014

AUSUBEL, D. P. A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

Osni Lázaro Pinheiro, et al. Teste de Progresso: uma Ferramenta Avaliativa para a Gestão Acadêmica. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA* 39 (1) : 68-78; 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02182013>.

SAKAI, M. H.; FERREIRA, F. O. F.; ALMEIDA, M. J.; MASHIMA, D. A.; MARCHESE, M. C. Teste de Progresso e avaliação do curso: dez anos de experiência da medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 2, p. 32, 2008.

FALHAS NO BLOQUEIO SUBARACNÓIDEO. RELATO DE CASOS.

SOARES, Léo Lima. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

PETTERSEN, Vera Lúcia Adas . Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

PALAVRASA CHAVES: Raquianestesia, Bloqueio subaracnóideo, Falhas, Anestésico Local, Líquido Cefalorraquidiano.

INTRODUÇÃO

O bloqueio subaracnóideo é um dos métodos mais antigos de anestesia já descritos em pacientes cirúrgicos. Seu primeiro relato é em 1885, quando o neurologista J. L. Corning, ao estudar ação da cocaína em nervos espinhais de cães, acidentalmente produziu o primeiro bloqueio subaracnóideo. Em âmbito nacional, o bloqueio subaracnóideo foi realizado em 1898 por P. Leme na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, após contato com A. Bier, foi considerado o primeiro da América Latina. Atualmente, o bloqueio subaracnóideo é uma técnica anestésica considerada de fundamental importância entre os anestesiológicos devido a sua segurança, elevada eficácia, baixo custo e baixo índice de complicações.

O bloqueio subaracnóideo consiste na injeção de anestésicos locais no espaço subaracnóideo, com consequente difusão desses no líquido cefalorraquidiano. Essas substâncias atingem as raízes nervosas anterior e posterior da medula espinhal, uma vez que estas são banhadas por esse líquido. A presença do anestésico local no espaço subaracnóideo permite que determinadas concentrações dessa droga provoquem o bloqueio sensitivo e motor, propiciando adequadas condições cirúrgicas.

O bloqueio subaracnóideo é indicado, em cirurgias do andar inferior do abdome, região perineal e em membros inferiores. Apesar da sua elevada previsibilidade e satisfação por parte dos pacientes, ainda existem casos de falhas sensitivas e/ou motoras, as quais podem ser parciais e/ou totais.

A falha do bloqueio subaracnóideo pode ser definida como: ausência ou o nível inadequado de analgesia, bloqueio motor deficiente, dor, tração peritoneal ou tempo insuficiente para o ato cirúrgico programado, logo após a realização da técnica anestésica com a deposição do anestésico local no espaço subaracnóideo devidamente constatado pelo refluxo do líquido cefalorraquidiano. A incidência deste evento adverso situa-se entre 4% a 8.3%, dependendo da literatura e da definição de falhas usada nos diferentes estudos retrospectivos. As falhas podem acontecer nos casos em que a técnica anestésica foi exercida de forma incorreta, decorrente da inexperiência do anestesiológico ou da abordagem equivocada do procedimento. No entanto, é comum que mais de um desses fatores possam estar associados na etiologia das falhas. Elas podem ocorrer durante uma ou mais das cinco fases da

raquianestesia, durante a punção lombar, na injeção da solução, distribuição das drogas no líquido cefalorraquidiano, ação da droga sobre a medula espinhal e manejo do paciente.

Nos casos em que o bloqueio não ocorreu somente duas medidas poderão ser tomadas: repetir o procedimento ou recorrer à anestesia geral. Esses casos podem ser decorrentes da injeção inadequada, da deposição da droga no local errado, ou da ineficácia desta.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Estudar as falhas anestésicas do bloqueio subaracnóideo.

Objetivo específico

Esse trabalho tem como objetivo entender os mecanismos etiológicos das falhas no bloqueio subaracnóideo, bem como o seu reconhecimento e seguimento terapêutico.

METODOLOGIA

Foram selecionados os seguintes pacientes para os relatos de casos, utilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Paciente do relato de caso 1 é o Z.L.A., 65 anos, sexo masculino, 78 kg, 1,68 m, de acordo com a avaliação da American Society Anesthesiologists II, submetido à cirurgia eletiva de ressecção transuretral de próstata, devido a quadro de hiperplasia prostática benigna em 23 de junho de 2015. Paciente do relato de caso 2 é a R.A.P.V., feminina, 35 anos, 57 kg, 1,66m, American Society Anesthesiologists I, foi admitida para realização de cirurgia eletiva de esterilização voluntária por laqueadura tubária 10 de março de 2015. Os pacientes foram avaliados de acordo com a Escala de Bromage, para a avaliação do bloqueio motor e para averiguar o bloqueio sensitivo foram realizados o teste do pinçamento e do algodão embebido em álcool colocando o mesmo em contato com a pele.

Relato De Caso 1

Z.L.A., masculino, 65 anos, 78kg, 1,68 m, estado físico de acordo com a avaliação da American Society Anesthesiologists II, portador de hipertensão arterial sistêmica, foi admitido para realização de cirurgia eletiva de ressecção transuretral de próstata, devido a quadro de hiperplasia prostática benigna. Na sala de cirurgia foi monitorizado com esfigmomanômetro, cardioscópio, saturação da hemoglobina arterial, capnógrafo e submetido à venoclise em membro superior esquerdo com cateter 18G, sendo hidratado inicialmente com 500 ml de ringer lactato pré-aquecido. Optou-se pelo bloqueio subaracnóideo como técnica anestésica. O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito, sendo realizada a assepsia, a antisepsia, a colocação de campo fenestrado e a infiltração dos planos superficiais com xilocaína a 2% (80mg), entre L₃-L₄. A punção foi realizada com a agulha Quincke nº26G por via paramediana. Após a saída de líquido cefalorraquidiano claro e aparentemente normotenso, foi injetado bupivacaína 0,5% hiperbárica (16mg). Transcorridos 30 minutos foi constatado ausência de bloqueio sensitivo e o bloqueio motor. Foi instituído como conduta a realização de uma segunda abordagem

exatamente como a punção anterior, entretanto com a agulha Quincke nº25G e injetados bupivacaína 0,5% hiperbárica (15mg) constatando-se, após 20 minutos, bloqueio sensitivo efetivo no nível de T₆ e bloqueio motor insuficiente com valor de 1 na escala de Bromage. O midazolam (4mg) em doses fracionadas foi utilizado para a sedação do paciente. O ato cirúrgico teve duração de 65 minutos e não apresentou intercorrências. Durante o procedimento a reposição volêmica se fez com 500 mL de ringer lactato pré-aquecido e os fármacos adjuvantes ciprofloxacina (400mg), tilatil (40mg), dipirona (2g), ranitidina (50mg), bromoprida (10mg) I.V foram injetados. O paciente foi encaminhado da sala de operação para a sala de recuperação pós-anestésica onde permaneceu estável hemodinamicamente, com saturação da hemoglobina arterial de 99%, com alta para a enfermaria com Aldrete-Kroulik 9.

Relato De Caso 2

R.A.P.V., feminina, 35 anos, 57kg, 1,66m, estado físico American Society Anesthesiologists 1, foi admitida para realização de cirurgia eletiva de esterilização voluntária por laqueadura tubária. Na sala de cirurgia foi monitorizada com esfigmomanômetro, cardioscópio, saturação da hemoglobina arterial, capnógrafo e submetida à venoclise em membro superior esquerdo com cateter 18G, sendo hidratada inicialmente com 500 ml de ringer lactato pré-aquecido. Optou-se pelo bloqueio subaracnóideo como técnica anestésica. A paciente foi posicionada em decúbito lateral direito sendo realizada a assepsia, a antisepsia, a colocação de campo fenestrado e a infiltração dos planos superficiais com xilocaína a 2% (60 mg) no nível de L₁-L₂. A punção foi realizada com a agulha Quincke nº26G por via paramediana. Após a saída de líquido cefalorraquidiano claro e aparentemente normotenso, foram injetados bupivacaína 0,5% hiperbárica (16 mg). Após 20 minutos foi constatada a ausência de bloqueios motor e sensitivo e transcorridos mais 10 minutos optou-se pela realização de anestesia geral. Utilizou-se como pré-medicação o midazolam (2mg) IV e na indução anestésica foram administrados propofol (20mg), quetamina (12,5mg) IV para a introdução da máscara laríngea nº4 selada com 20ml de ar e instituída a ventilação controlada mecânica. A manutenção foi feita com propofol (200mg) e alfentanil (1000mcg) IV em doses fracionadas. Durante o procedimento a reposição volêmica se fez com 500 mL de ringer lactato pré-aquecido e os fármacos adjuvantes, cefazolina (2g), dexametasona (8mg), bromoprida (10mg), ondansetrona (4mg), tenoxicam (40mg) I.V foram injetados. Após o término da cirurgia que teve duração de 60 min procedeu-se a retirada da máscara laríngea sem intercorrências. Foi realizada administração de tramadol (100mg) IV para tratamento da dor pós-operatória com transferência da paciente para a sala de recuperação pós-anestésica sendo liberada para enfermaria com o índice de Aldreti-Kroulik modificado 9.

DISCUSSÃO

No primeiro caso, a falha pode ter sido ocasionada por uma redução ou ausência da propagação do anestésico local pelo espaço subaracnoideo, outra possibilidade é a realização inadequada da técnica. De modo que, a conduta adotada foi a de realizar uma nova punção espinal, com uma agulha de maior calibre e sedação adicional. Já no segundo caso, a falha anestésica pode englobar três diferentes etiologias: técnica inadequada, propagação inesperada do anestésico e ineficácia do mesmo. Dessa forma, duas opções poderiam ser cogitadas na correção do processo, ou realiza-se novamente o bloqueio

subaracnóideo, ou recorre-se à conversão para a anestesia geral, sendo a última conduta a escolhida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do presente estudo, pode-se afirmar que os dois pacientes apresentaram falhas no bloqueio subaracnóideo, detectadas pela ausência dos bloqueios sensitivo e motor, cerca de 20 a 30 minutos após a administração do anestésico local. Desse modo, conclui-se que as falhas podem decorrer de diversos fatores que englobam desde a técnica até a anatomia do paciente, e que diante desses casos, a conduta adotada deve ser referente à possível etiologia. Além disso, a prevenção de falhas deve ser primordial e realizada através da técnica correta e minuciosa, do posicionamento adequado do paciente, da checagem do material e do anestésico, bem como das concentrações deste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Imbelloni LE. Tratado de Anestesia Raquidiana. Curitiba: Posigraf, 2001.
2. Reis Jr A. Eulogy to August Karl Gustav Bier on the 100th Anniversary of Intravenous Regional Block and the 110th Anniversary of the Spinal Block. Rev. Bras. Anest. 2008 Jul-Aug; 58 (4): 409- 424.
3. Lorenzo AV. Anestésias Espinhais. Rev. Bras. Anest. 1981 mar-abr; 31(2):117-131.
4. Amaral JLG. Guia de Anestesiologia e Medicina Intensiva. São Paulo: Manole; 2011.
5. Munhall RJ, Sukhani R, Winnie AP. Incidence and etiology of failed spinal anesthetics in a university hospital: a prospective study. Anesth Analg 1988; 67: 843-848.
6. Bouchacourt V. Causas de fallas del bloqueo subaracnoideo; formas de evitarlas. Anestesia Analgesia Reanimación. 2005 ago; 20(1): 31-7.
7. Charlton JE. Managing the block. In: Wildsmith JAW, Armitage EN, McClure JH, eds. Principles and Practice of Regional Anaesthesia, 3rd Edn. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003.
8. Levy JH, Islas JA, Ghia JN, Turnbull C. A retrospective study of the incidence and causes of failed spinal anesthetics in a university hospital. Anesth Analg 1985; 64: 705–
9. Hocking G, Wildsmith JAW. Intrathecal drug spread. Br J Anaesth 2004; 93: 568–78.

PNEUMONIA GRAVE – RELATO DE CASO

SANTOS, Leonardo Ribeiro Pitóte¹.

DRUMMOND, Izabel Cristina²

RODRIGUES, Simone².

PALAVRAS-CHAVE: Relato de caso, pneumonia adquirida na comunidade, diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Pneumonia é conceitualmente definida como um processo inflamatório agudo do parênquima pulmonar (alvéolo e interstício), de natureza infecciosa, caracterizado pela invasão dos espaços aéreos por agentes microbiológicos e pela resposta inflamatória do hospedeiro, reconhecidos radiologicamente e evidenciados por um quadro clínico (CORRÊA *et al*, 2009; REUS *et al*, 2014).

Ela responde por cerca de 2 milhões de mortes anualmente, sobretudo nas crianças menores de 5 anos e especialmente nos lactentes onde é registrada a sua maior taxa de mortalidade.

A identificação do agente etiológico é pouco usual visto que a maioria dos exames não se mostram com boa acurácia para tal, o que determina a realização do tratamento de forma empírica baseando-se apenas na idade e na forma de apresentação clínica (SANDORA e SECTISH, 2014).

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral apresentar um caso diagnosticado com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) de difícil resolução no Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), e apresentar uma revisão bibliográfica sobre etiologia, epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento.

METODOLOGIA

Realizou-se um relato de caso através de entrevista com a responsável legal e revisão de prontuário do paciente. Foi analisado o prontuário do HCTCO, onde foi realizado o diagnóstico e tratamento. Além disso foi realizada uma revisão bibliográfica através de pesquisa eletrônica nas bases medline, lilacs e pubmed selecionando artigos dos últimos 10 anos. Foram utilizados alguns artigos de anos anteriores pela sua relevância.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 1 ano e 6 meses de idade, deu entrada no dia 11/03/2016 no HCTCO apresentando febre com calafrios, principalmente noturna, há 7 dias, de 38/39 °C, associada a tosse seca, cansaço, mialgia, queda do estado geral sendo diagnosticado com pneumonia.

Foram realizados na admissão um hemograma que evidenciou leucocitose de 23.300p/mm³ e um raio x de tórax evidenciando consolidação pulmonar em lobo superior direito. Foi iniciado tratamento medicamentoso com amoxicilina com clavulanato na dose de 100mg/kg/dia de 8/8 horas.

O paciente evolui com redução da leucocitose para 15.600p/mm³ porém sem melhora clínica ou radiológica sendo então substituída a terapêutica antimicrobiana para o ceftriaxone 100mg/kg/dia.

No 7º dia com novo raio x sendo solicitado e evidenciando imagem sugestiva de pneumatocele e pequeno derrame pleural à direita, optou-se pela adição de oxacilina 200mg/kg/dia.

O paciente apresentou melhora clínica sendo solicitado no 12º dia um novo hemograma com leucócitos: 8.500p/mm³ e novo raio x que não evidenciou melhora radiológica.

No 19º dia de internação o paciente apresentava-se com estertores crepitantes por todo hemitórax direito sendo então solicitado PPD, lavado gástrico e uma tomografia computadorizada de tórax que revelou extensa consolidação com broncograma de permeio com lesões cavitárias em correspondência acometendo o segmento anterior do lobo superior e apical do lobo inferior direito, opacidades nodulares em lobo superior do pulmão direito, fino derrame pleural em base direita, não apresentando evidências de linfonomegalias no mediastino. Encerrou-se um ciclo de 14 dias de ceftriaxone mantendo somente a oxacilina até completar 14 dias.

Como não houve melhora dos padrões clínicos e radiológicos foi realizado contato com a vigilância epidemiológica que sugeriu início de esquema RIP para tuberculose mesmo com o primeiro PPD sendo não reator. Após 3 dias sem apresentar qualquer melhora optou-se por realizar 2º PPD (sendo não reator), suspender o esquema RIP e iniciar terapêutica com vancomicina.

O paciente foi mantido em observação clínica e no 32º dia de internação um novo raio x de tórax evidenciou piora das imagens radiológicas sendo então solicitado a broncoscopia em unidade de referência.

A vancomicina foi substituída por ciprofloxacino via oral por impossibilidade de novo acesso venoso. O paciente apresentou melhora clínica durante a semana sendo então liberado para alta após 38 dias de internação, continuando a medicação em regime domiciliar e com consulta ambulatorial agendada para 25/04/2016 onde seria novamente internado para realização da broncoscopia no dia 26/04/2016.

A broncoscopia evidenciou presença de secreção mucocatarral em lobos superior e inferior de pulmão direito com edema leve de mucosa associado. Foi realizado lavado broncoalveolar com material encaminhado para análise laboratorial para pesquisa de BAAR, fungos e bactérias. Assim como a representante legal, não obtivemos acesso ao resultado do lavado broncoalveolar. Em entrevista com a mesma, há relato de não acompanhamento médico após a realização do exame e ausência de sintomas respiratórios.

DISCUSSÃO

A dificuldade em se identificar o agente etiológico continua a ser um problema de difícil resolução. Vários métodos podem ser empregados, porém em até 60% dos casos o patógeno não é identificado. Testes mais específicos para antígenos bacterianos ou anticorpos ainda tem seu custo muito elevado e não são possíveis dentro da realidade dessa unidade hospitalar.

Em desacordo ao que sugere a Diretriz 2007, a hemocultura não foi realizada, o que poderia ter auxiliado na identificação da etiologia já que é um teste específico e disponível em nosso meio. Talvez não tenha sido realizado por ser um teste com baixo rendimento onde a taxa de isolamento médio é de 10%.

A escolha da terapêutica antimicrobiana foi conduzida a partir da imagem radiológica e da prevalência do agente etiológico de acordo com a idade do paciente, que sugeriam pneumonia bacteriana por pneumococo. Diante disso foi decidido empregar a amoxicilina com clavulanato por falta de penicilina cristalina, que segundo Sandora e Sectish (2014), é uma excelente alternativa em áreas que apresentam prevalência aumentada de pneumococos resistentes a penicilina.

Em virtude da piora clínica, optou-se pela troca da terapêutica antimicrobiana sendo administrado ceftriaxone que configura uma opção nas principais diretrizes referenciadas. Apesar da medida adotada, um novo exame radiológico foi realizado apresentando imagens sugestivas de infecção por estafilococos sendo então associado a oxacilina com o ceftriaxone em acordo com a Diretriz 2007. Segundo Sandora e Sectish (2014), nesses casos a primeira opção terapêutica seria a utilização da vancomicina.

Associando as imagens tomográficas com a pequena resposta clínica e radiológica apresentadas foi aventado a hipótese de infecção por tuberculose.

Apesar de não ser prática comum pois é um exame invasivo e disponível apenas em centros de referência, a broncoscopia deve ser indicada para casos onde a evolução do paciente não é satisfatória de acordo com a Diretriz 2007. A partir dela podemos realizar lavado broncoalveolar para identificação etiológica e visualizar a anatomia da árvore brônquica. Assim foi conduzido o paciente do caso, porém como não obtivemos o resultado do lavado, desconhecemos o agente etiológico.

CONCLUSÃO

A dificuldade de reconhecimento da etiologia tem sido objeto de estudos e a busca pelo diagnóstico etiológico deve ser realizado nos pacientes internados que não respondem bem ao tratamento. Isso evitaria o prolongamento da internação visto que a terapêutica guiada

apenas por hipóteses acaba sendo alterada inúmeras vezes até que o paciente apresente melhora clínica.

O investimento em métodos diagnósticos etiológicos se torna ponto fundamental para alcançarmos esse objetivo visto que o tratamento seria direcionado de acordo com a sensibilidade do agente microbiológico envolvido, diminuindo possíveis complicações decorrentes do retardo do tratamento adequado e diminuindo todos os transtornos de uma internação prolongada.

Analisando sob outro ponto de vista, esse investimento diminuiria a dificuldade que encontramos de referenciar um paciente para centros especializados.

REFERÊNCIAS

1. CORRÊA, R.A. *ET AL.* **Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes.** J Bras Pneumol. 2009;35(6):574-601.
2. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em crianças. J Bras Pneumol. 2007;33(1):31-50.
3. REUS, C.M.T.; ORTIZ, E.A.B.; ROMERO, S.C. **Mortalidad por neumonia en menores de 5 años.** Medisan. 2009;18(3):327-333.
4. SANDORA, T.J.; SECTISH, T.C. **Pneumonia adquirida na comunidade.** In:
5. Kliegman RM, *et al.* Nelson Tratado de Pediatria. 18^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. p.1472-1477.

METÁSTASE HEPÁTICA DO CÂNCER COLORRETAL: REVISÃO DE LITERATURA

PEREZ, Mário Castro Alvarez. Docente do curso de graduação em Medicina.

SILVEIRA, Leonardo Silva Souza Clen. Discente do curso de graduação em Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: câncer, metástase hepática, câncer colorretal

Quando analisadas as estatísticas mundiais, o câncer colorretal (CCR) ocupa a terceira posição em termos de incidência entre as neoplasias malignas, ficando atrás apenas dos cânceres de pulmão e de mama. Estimam-se para 2016, no Brasil, 16.660 casos novos em homens e 17.620 em mulheres, sendo a terceira causa de câncer entre os homens e a quarta entre as mulheres¹.

Um dos mais importantes fatores prognósticos relacionados ao CCR é a presença de metástases hepáticas, responsáveis por cerca de 2/3 dos óbitos relacionados à doença. Essa condição está presente em 15 a 25% dos pacientes já no momento da detecção do tumor primário, tais metástases são denominadas sincrônicas. Além disso, as metástases hepáticas podem surgir com frequência após a ressecção do tumor primário. Nesse caso, elas são denominadas metástases metacrônicas, acometendo cerca de 12 a 40% dos pacientes afetados pelo CCR, principalmente nos três primeiros anos após a ressecção cirúrgica. Dessa forma, cerca de metade dos pacientes portadores de CCR apresentarão alguma metástase hepática durante o curso de suas vidas².

A cirurgia com ressecção das metástases hepáticas é o único tratamento disponível que comprovadamente propicia o aumento da sobrevivência a longo prazo dos pacientes portadores de CCR avançado. Nesse sentido, a evolução dos métodos que possibilitam a ressecção hepática tem sido associada a um aumento da sobrevida de 25% para 51% em 5 anos de *follow-up*. Contudo, há que se destacar que apenas 20 a 25% das metástases hepáticas são potencialmente ressecáveis no momento do diagnóstico da neoplasia maligna³.

Os pacientes portadores de metástase hepática do câncer colorretal (MHCCR) são divididos em três grupos, os que apresentam doença hepática considerada ressecável no momento do diagnóstico, aqueles com doença potencialmente ressecável na primeira avaliação e os que são diagnosticados com a doença considerada irressecável. Realizado o estadiamento, aproximadamente 10% das metástases sincrônicas e 20 a 25% das metacrônicas são inicialmente consideradas ressecáveis⁴.

O sucesso do tratamento cirúrgico das MHCCR depende da possibilidade de ressecção total das lesões com preservação de 20 a 25% do parênquima (em fígados saudáveis) com perfusão arterial adequada e efetiva drenagem biliar e venosa. Existe uma recomendação

para que as margens sejam maiores do que 1 cm, mas não há obrigatoriedade, sendo fundamental a presença de margens microscopicamente livres². A quimioterapia possui um papel fundamental no caso de pacientes portadores de MHCCR consideradas inicialmente irressecáveis. A sobrevida média com quimioterapia exclusiva gira em torno de 20 meses, porém somente 1 a 2% dos pacientes sobrevivem após 5 anos².

Entretanto, o avanço dos novos esquemas quimioterápicos em promover regressão tumoral permite que 10 a 40% dos casos de MHCCR consideradas irressecáveis possam se converter em candidatas à ressecção, sendo denominada quimioterapia de conversão². Além disso, a quimioterapia neoadjuvante permite a observação do comportamento biológico do tumor, evitando cirurgias desnecessárias em pacientes com doença extremamente agressiva. Outro ponto fundamental é a avaliação da quimiossensibilidade que auxilia nas estratégias adjuvantes². Com isso, a quimioterapia neoadjuvante deve ser recomendada com o intuito de possibilitar a ressecção terapêutica nos casos de MHCCR. Esquemas clássicos utilizando 5-FU associado ou não ao Leucovorin, Irinotecan ou oxilaplatina podem ser utilizados, realizando a avaliação da resposta a cada três ou quatro ciclos e, no momento que a ressecabilidade das lesões for constatada, o paciente deverá ser abordado⁵. Uma outra possibilidade é a associação dos anticorpos monoclonais, como o bevacizumab (anticorpo monoclonal que age contra o fator de crescimento endotelial – VEGF), nesse caso o tempo entre a interrupção do medicamento e o procedimento cirúrgico deve ser de seis a oito semanas devido ao risco de sangramento, redução da regeneração hepática e dificuldades de cicatrização⁶.

A abordagem cirúrgica das MHCCR deve ter como objetivo preservar ao menos 25% do parênquima hepático devido ao risco de insuficiência hepática no pós-operatório. Nos pacientes que realizaram quimioterapia neoadjuvante de longa duração o alvo para preservação do parênquima hepático é de 30 a 40% devido a hepatotoxicidade do tratamento prévio².

A embolização da veia porta foi descrita inicialmente em 1990 por Makuuchi et al em pacientes portadores de colangiocarcinoma. O objetivo é promover atrofia do hemifígado que será ressecado e hipertrofia compensatória do segmento hepático remanescente. Dessa forma, haverá aumento da possibilidade de ressecção das metástases hepáticas e maior segurança na cirurgia⁷.

Estudos identificaram que 63% das MHCCR consideradas inicialmente irressecáveis se tornaram ressecáveis após a embolização da veia porta pré-operatória. O índice de sobrevida em cinco anos foi de 40%, semelhante ao dos pacientes considerados inicialmente com doença ressecável².

A hepatectomia em dois tempos consiste na ressecção das lesões do fígado residual no primeiro momento, seguida pela embolização portal do hemifígado contralateral. Nesse caso, ocorre menor risco de proliferação metastática no parênquima hepático residual, sendo uma excelente alternativa terapêutica. O controle radiológico é realizado em média após quatro semanas e, se houver crescimento suficiente do remanescente hepático, é indicado a segunda laparotomia para remoção completa das lesões metastáticas. Essa modalidade terapêutica representa um grande avanço na abordagem das MHCCR, exibindo resultados comparáveis aos pacientes com doença inicialmente ressecável⁸.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Realizar discussão ampla acerca do câncer colorretal, com ênfase à abordagem das metástases hepáticas oriundas desses tumores. Objetivos específicos: Compilar revisão bibliográfica sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico das metástases hepáticas do câncer colorretal.

METODOLOGIA

Foi realizada uma extensa revisão literária nos meios de pesquisa virtuais mais utilizados em nosso meio, como os portais Pubmed, SciELO e BVS. Além disso, foram utilizados as últimas edições de livros clássicos, como Sabiston tratado de cirurgia e Harrison medicina interna. O período da busca foi compreendido entre 2006 e 2016. Os descritores selecionados para a busca foram traduzidos para a língua inglesa, por ser esse um idioma universalmente utilizado. Os descritores utilizados na busca foram: (1) “*liver metastasis of colorectal cancer*”; (2) “*metastatic cancer colorectal*”; (3) “*prognosis of metastatic colorectal cancer*”; (4) “*chemotherapy in colorectal cancer*”; (5) “portal vein embolization”.

Foram selecionados 46 artigos a partir da busca realizada. Esses artigos serviram de base para a discussão dos mais relevantes tópicos envolvidos no TCC. As informações obtidas foram comparadas e relacionadas com as publicações mais recentes dos principais livros-texto sobre a temática e as diretrizes e *guidelines* publicadas internacionalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhor abordagem do paciente portador de câncer colorretal metastático é um dos maiores desafios da medicina atual. O fígado é o principal sítio de disseminação dessa neoplasia, e as metástases hepáticas as responsáveis pelo maior número de óbitos. Nesse sentido, muito se tem estudado sobre a melhor terapia frente a essa condição.

Como já exposto, cerca de metade dos pacientes portadores de câncer colorretal apresentam metástase hepática, seja no momento do diagnóstico ou após a abordagem cirúrgica. Por muito tempo esses indivíduos foram considerados fora de possibilidade terapêutica, e ser portador de câncer colorretal metastático era uma certeza de morte.

O avanço da quimioterapia, principalmente quando associada à radioterapia e a ampliação da abordagem cirúrgica representam uma mudança substancial no prognóstico dos pacientes portadores de MHCCR. Um grande número de indivíduos com doença considerada inicialmente intratável recebe o tratamento otimizado e apresenta sobrevida semelhante aos pacientes sem metástase a distância.

Métodos inovadores como a quimioterapia com anticorpo monoclonal que atua contra o fator de crescimento endotelial e a embolização da veia porta estão sendo utilizados com excelentes resultados no tratamento das metástases hepáticas.

Apesar do grande avanço no tratamento, o câncer colorretal metastático ainda é uma importante causa de morte e as buscas por modalidades terapêuticas alternativas crescem a cada ano. Dessa forma, a medicina moderna transforma o destino de pacientes e familiares

REFERÊNCIAS

- 1- INCA [homepage na internet]. Câncer de cólon e reto; 2016, [Acesso em: 12 jul 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
- 2- Lupinacci RM, Coelho FF, Perini MV, Lobo EJ, Ferreira FG, Szutan LA et al. Manejo atual das metástases hepáticas de câncer colorretal - recomendações do Clube do Fígado de São Paulo. Rev Col Bras Cir. 2012; 40(3): 251-260.
- 3- Misiakos EP, Karidis NP, Kouraklis G. Current treatment for colorectal liver metastases. World J Gastroenterol. 2011; 17(36): 4067-4075.
- 4- Adam R. Colorectal cancer with synchronous liver metastases. Br J Surg. 2007; 94(2): 129-31.
- 5- Nordlinger B, Van Cutsem E, Gruenberger T, Glimelius B, Poston G, Rougier P, et al. Combination of surgery and chemotherapy and the role of targeted agents in the treatment of patients with colorectal liver metastases: recommendations from an expert panel. Ann Oncol. 2009; 20(6): 985-92.
- 6- Chua TC, Saxena A, Liauw W, Kokandi A, Morris DL. Systematic review of randomized and nonrandomized trials of the clinical response and outcomes of neoadjuvant systemic chemotherapy for resectable colorectal liver metastases. Ann Surg Oncol. 2010; 17(2): 492-501.
- 7- Al-Sharif E, Simoneau E, Hassanain M. Preoperative bevacizumab does not significantly increase postoperative complication rates in patients undergoing hepatic surgery for colorectal cancer liver metastases. J Clin Oncol. 2008; 26(32): 5254-60.
- 8- Wicherts DA, Miller R, de Haas RJ, Bitsakou G, Vibert E, Veilhan LA et al. Long-term results for two-stage hepatectomy for irresectable colorectal cancer liver metastases. Ann Surg. 2008; 248(6): 994-1005.

O TÉTANO COMO DOENÇA SISTÊMICA - UM OLHAR CLÍNICO SOBRE O TEMA

OLIVEIRA, Paulo Cesar de. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

ALVES, Leticia da Silva. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS CHAVE: Tétano, Tetanospasmina, Infecção, Trismo, Imunização.

INTRODUÇÃO

O tétano é uma infecção aguda e grave, não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *CLOSTRIDIUM TETANI*. Tal doença tem sido descrita e bem reconhecida desde a antiguidade, segundo o papiro de Edwin Smith, no qual um médico egípcio discute um caso de um ferimento penetrante no crânio e o aparecimento de trismo e rigidez de nuca. (1) Apesar da disponibilidade da imunização passiva desde 1883 e da vacinação ativa desde de 1923, o tétano permanece um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, sendo ainda encontrado em países desenvolvidos. (2)

A doença é mais frequentemente observada em indivíduos jovens, do sexo masculino, não imunizados ou parcialmente imunizados (calendário vacinal incompleto e/ou reforço fora do período recomendado), que residem em ambientes rurais ou periurbanos, de clima quente.

OBJETIVOS

Este trabalho tem a finalidade de, a partir de um caso vivenciado, revisar os principais aspectos do Tétano, incluindo a sua etiologia e patogênese, dando ênfase à sua prevenção e ao adequado manejo dos indivíduos acometidos.

Um Caso Vivenciado

Anamnese:

ID: Paciente DTR, 53 anos, masculino, branco, casado, pedreiro, residente em Nova Iguaçu - Rio de Janeiro.

QP: “Contratura muscular”.

HDA: O paciente alega ter sofrido lesão corto-contusa por material enferrujado em 1º e 2º pododáctilos da mão direita cerca de 15 dias antes do surgimento da contratura muscular. Refere ter procurado uma Unidade Básica de Saúde no mesmo dia em que ocorreu a lesão, e que o procedimento realizado foi limpeza e sutura, sem qualquer questionamento acerca do seu cartão vacinal.

HPP: Paciente relata ser hipertenso em uso de Captopril 25mg – 2 vezes/dia. Nega Diabetes ou outras comorbidades. Nega alergias medicamentosas, internações prévias ou hemotransfusão.

HF: Mãe hipertensa e pai falecido por causas naturais. Desconhece outras patologias em familiares.

HS: Paciente reside com sua esposa em casa de tijolos com 5 cômodos, água tratada e esgoto encanado. Tem dois gatos não vacinados. Desconhece o seu cartão vacinal. Nega viagens ou banho de rio recentes. Relata fazer, em média, 4 refeições ao dia e alimentar-se principalmente de verduras, carboidratos simples e proteína animal. Relata ser ex-tabagista (cessou há 10 anos, com carga tabágica anterior de 10maços/ano). Refere etilismo social. Exame físico:

Paciente acordado, responsivo, apresentando disartria e contratura muscular em tronco e membros superiores, associado à dificuldade de deglutição.

AR: MVUA, sem ruídos adventícios. AC: RCR, 2T, BNF, sem sopro.

AB: Plano, flácido, peristáltico, sem massas, indolor à palpação. MMII: Sem edemas, panturrilhas livres.

Resumo da Internação:

O paciente DTR foi internado em urgência pelo setor Nova Emergência do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI) no dia 20/01/2015 com suspeita de tétano. O paciente, que se encontrava acordado, responsivo, eupneico, com dificuldade de deglutição e contratura muscular em tronco e membros superiores, apresentava lesão corto-contusa em 1º e 2º pododáctilos da mão direita, com história de lesão por material enferrujado no dia 05/01 do mesmo ano.

Foi solicitado vaga na Unidade de Terapia Intensiva, na qual o paciente permaneceu internado por 54 dias. Durante este tempo, foi administrado Soro Antitetânico e Imunoglobulina Humana Antitetânica; foi realizada intubação oro-traqueal, seguida de traqueostomia; e toracocentese por agulha, que evidenciou necessidade de drenagem torácica em selo d'água; foi administrado, em diferentes tempos e por diferentes complicações, os seguintes antibióticos: Piperacilina sódica / Tazobactam sódico (Tazocin), Vancomicina e Amicacina.

A alta hospitalar ocorreu em 02/04/2015.

Contextualização

O tétano é uma doença infecciosa aguda, não contagiosa e imunoprevenível, causada pelo *CLOSTRIDIUM TETANI*, uma bacilo anaeróbio capaz de produzir tetanospasmina – uma exotoxina capaz de atingir o Sistema Nervoso Central, gerando um estado de hiperexcitabilidade. Tal doença tem sido descrita e bem reconhecida desde a antiguidade,

segundo o papiro de Edwin Smith, no qual um médico egípcio discute um caso de um ferimento penetrante no crânio e o aparecimento de trismo e rigidez de nuca. (1)

Com uma incidência média de 18/100 pessoas ano, sua letalidade varia nos diferentes estudos, dependendo de faixa etária do paciente, gravidade da forma clínica da doença, tipo de ferimento da porta de entrada, duração dos períodos de incubação e de progressão, presença de complicações respiratórias, hemodinâmicas, renais e infecciosas, local onde é tratado e qualidade da assistência prestada, dentre outros. A distribuição etária da doença varia com o nível socioeconômico do país: naqueles em desenvolvimento observa-se um número maior de casos entre crianças e adultos jovens, ao contrário do que é observado nos países desenvolvidos, nos quais os adultos e idosos são os mais acometidos. Quanto à distribuição por sexo, sabe-se que há predominância no sexo masculino na proporção de 2:1, provavelmente por maior exposição dos homens a atividades traumáticas (VERONESI, 2009).

Clinicamente a doença se apresenta de forma localizada ou generalizada. Na forma generalizada (a mais comum e mais grave) o paciente se torna agitado, podendo apresentar cefaleia, dores e rigidez muscular. Hipertonia de grupos musculares isolados pode ser observada precocemente, conferindo feições características da doença: trismo e riso sardônico, rigidez de nuca, opistótono e rigidez abdominal em tábua. Na evolução da doença, todos os grupos musculares podem ser afetados, incluindo os respiratórios, o que pode resultar em insuficiência respiratória, com diminuição da complacência da caixa torácica. Antes do advento da ventilação mecânica, esta era a maior causa de óbito. Surgem, então, os espasmos generalizados dolorosos que, inicialmente, ocorrem sob estímulos externos e, com a evolução da doença, passam a ocorrer espontaneamente. É característica a lucidez do paciente, ausência de febre ou febre baixa. A presença de febre acima de 38°C é indicativa de infecção secundária ou de maior gravidade do tétano.

(3) A doença pode progredir em gravidade até 10 a 14 dias após o diagnóstico, refletindo o tempo de transporte intraneural da toxina dentro do Sistema Nervoso Central. Inicia-se então a recuperação, que ocorre aproximadamente em 4 semanas, refletindo, provavelmente, a síntese e o transporte de constituintes pré-sinápticos. Na ausência de antitoxina a doença persiste enquanto for produzida a tetanospasmina. (1)

Para o tratamento da doença o Ministério da Saúde (Guia de Vigilância Epidemiológica, Caderno 4, 2009, p 267) determina princípios básicos: sedação do paciente; neutralização da toxina tetânica; erradicação da bactéria no paciente; debridamento do foco infeccioso, medidas gerais de suporte e prevenção de complicações. A neutralização da toxina tetânica deve ser obtida com imunização passiva com Imunoglobulina Antitetânica Humana (IGATH) ou Imunoglobulina Equina (Soro Antitetânico - SAT) que deve ser realizada o mais brevemente possível após o diagnóstico. Recomenda-se que, preferencialmente, seja utilizada IGATH. A erradicação do *C. TETANI* tem igual importância e deve ser feita com Penicilina G Cristalina ou Metronidazol.

Para a prevenção da doença a vacina é o principal meio e o esquema completo recomendado pelo Ministério da Saúde é de três doses administradas no primeiro ano de vida, com reforços aos 15 meses e quatro anos de idade e, a partir dessa idade, um reforço a cada dez anos a partir da última dose administrada.

CONCLUSÕES

O tétano permanece como um importante problema de saúde pública, ainda que estejam disponíveis, no Brasil, meios para evitar tal doença. Estudos mostram que uma parcela significativa da população desconhece o seu estado vacinal e a correta conduta a ser adotada frente a ferimentos com potencial risco para o tétano.

No caso vivenciado pode-se notar imperícia no primeiro atendimento ao paciente: o mesmo foi abordado, inicialmente, em uma Unidade Básica de Saúde, aonde foi realizada apenas a lavagem e sutura do foco infeccioso. A conduta inadequada resultou em importantes complicações que provavelmente não existiriam se, no primeiro momento, fosse realizada a vacina e o adequado manejo da ferida (limpeza com soro fisiológico ou água e sabão, desbridamento, retirada de todo o tecido desvitalizado e de corpos estranhos). Além disso, a ignorância do paciente frente à possibilidade da doença o ausentou de preocupações, de modo que o mesmo só procurou novo atendimento médico quando surgiram as contrações musculares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veronesi R, Focaccia R, Tavares W, Mazza CC. Tétano. In: Ricardo Veronesi RF, ed. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu, 1999: 887-913
2. Trujillo MH, Castillo A, España J, Manzo A, Zerpa R. Impact of intensive care management on the prognosis of tetanus-analysis of 641 cases. Chest 1992;1:63-65 DIRE JD. Tetanus. eMedicine Journal, 2001,2
3. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. "Guia de vigilância epidemiológica." (2009).

LUXAÇÃO CONGÊNITA BILATERAL DE JOELHO E QUADRIL: REVISÃO E RELATO DE CASO

MIBIELLI, Marco Antonio N. Docente do curso de Graduação em Medicina.

FERREIRA, Gisela Cristina dos Santos. Docente do curso de Graduação em Medicina.

RODRIGUES, Lorena Ney Kramer. Discente do curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS CHAVE: luxação congênita; joelho; quadril.

INTRODUÇÃO

A luxação congênita do joelho (LCJ) é uma anomalia congênita rara do grupo das deformidades de hiperextensão do joelho. Foi descrita pela primeira vez por Chatelain, 1822, na Suíça, citado por Shattock¹. A característica principal da luxação do joelho é a perda da relação anatômica normal de suas superfícies articulares de forma estruturada e, na maioria dos casos, é detectada ao nascimento. Esta patologia tem como característica o deslocamento anterior da tibia em relação aos côndilos femorais em graus variáveis de desvio, desde uma pequena subluxação, que pode passar sem ser diagnosticada, até luxação evidente anterior e lateralizada².

A displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ), anteriormente conhecida por luxação congênita do quadril é um termo que denota uma anormalidade no tamanho, na morfologia, na orientação anatômica ou na organização da cabeça femoral, na cavidade acetabular ou em ambos. Essa terminologia (DDQ) descreve o amplo espectro de alterações que atingem o quadril em crescimento, desde a displasia até à luxação da articulação. Na displasia acetabular o acetábulo imaturo, com a cavidade rasa que pode acarretar a subluxação ou a luxação da cabeça femoral³.

A LCJ pode ocorrer de forma isolada, ou associada a outras deformidades do aparelho músculo-esquelético como o pé torto congênito, talo vertical congênito e luxação congênita do quadril ou do cotovelo. Pode ainda integrar síndromes do tipo Larsen, Down, Ehler-Danlos e artrogripose múltipla congênita^{4,5,6}. Apresenta uma incidência de 1: 100000 nascidos vivos, cerca de 1% da incidência da doença displásica do quadril. A maioria ocorre de forma esporádica, com alguns casos familiares. Segundo Jacobsen e Vopalecky², é mais comum no sexo feminino, na proporção de 10:3. Um terço dos casos é bilateral, e os restantes com igual atingimento à direita e esquerda⁷.

A incidência da DDQ é variável, dependendo de vários fatores, inclusive da localização geográfica. Aproximadamente um em cada 1.000 recém-nascidos poderá nascer com o quadril luxado e cerca de 10 em 1.000 com o quadril subluxado (instável)⁴. No Brasil, de acordo com Schott⁸, ainda é escasso o número de trabalhos sobre a incidência desta patologia e cita Volpon e Carvalho (1985) que encontraram a incidência de 2,31 por 1000 nascimentos em hospital brasileiro de grande porte. Há ainda alta prevalência em

primogênitos, em crianças nascidas por cesárea e que apresentaram posição pélvica nas últimas semanas gestacionais⁸. O lado esquerdo é acometido em 60% dos casos, o direito em 20% e casos bilaterais em 20%. As meninas são mais acometidas, assim como os nascidos através do parto pélvico. O primeiro filho é acometido cerca de duas vezes mais. Oligodramnia e alterações como torcicolo congênito, metatarso varo e pés calcâneos valgus estão associadas à DDQ⁸.

OBJETIVO

Objetivo Geral

Relatar um caso clínico raro de um paciente portador de Luxação congênita de joelho e de quadril bilateral, no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO).

Objetivos Específicos

Realizar revisão literária sobre epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da LCJ e LCQ.

METODOLOGIA

O método utilizado para a pesquisa foi um relato de caso de paciente diagnosticado e em tratamento no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano. As informações para o relato foram obtidas através de análise de prontuário, consultas com o paciente e registros radiológicos de evolução. Por se tratar de um recém nascido, a mãe concordou em assinar o Termo Consentimento Livre Esclarecido, sendo orientada quanto à importância da exposição à classe médica de sua doença.

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas plataformas de dados Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Biblioteca virtual em saúde e MEDLINE, o objetivo era reunir dados a respeito das anomalias congênitas e quanto aos seus tratamentos visando comparar a metodologia clínica do material pesquisado com o realizado no paciente.

RELATO DE CASO

Paciente RN, nascido em 16/02/16 no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, sexo feminino, caucasiano. Antecedentes obstétricos e pré-natais irrelevantes, com ecografias pré-natais relatadas como normais. Apresentou posição pélvica. Terceira gestação. Gestação de termo. Parto por cesariana, peso ao nascimento: 2,78kg. Os pais relatam não haver histórico familiar de luxações ou síndromes.

Logo após o nascimento foi detectada Luxação congênita de joelho Grau II em ambos os joelhos por exame físico, radiológicos e clínicos. A **figura 1** mostra a hiperextensão dos joelhos no primeiro dia de vida, onde se observa que o eixo longitudinal da tíbia projeta-se anteriormente em relação ao fêmur. Aos 4 meses de idade o paciente foi diagnosticado com quadro de Luxação bilateral dos quadris através de exames físicos e radiológicos.



Figura3. Apresentação clínica no primeiro dia de vida.

Após o consentimento dos pais, no primeiro dia de vida o paciente foi submetido ao tratamento conservador para LCJ através da manipulação e colocação de tala gessada cruropodálica anterior, sendo trocada semanalmente, por 4 semanas.

No dia 04/04/16, foi realizada a colocação de tala cruropodálica posterior, sendo trocada semanalmente por 3 semanas. Após esse período, optou-se pela colocação de gesso cruropodálico, o qual foi trocado semanalmente por mais 3 semanas.

Em paralelo, o paciente foi encaminhado para acompanhamento com geneticista para investigação de possíveis síndromes associadas como artrogripose multiplex congênita, Síndrome de Larsen, Beals ou Ehlers- Danlos, as quais não foram detectadas.

No dia 23/05/16 iniciou-se o tratamento com o suspensório de Pavlik, com uso diário até o dia 15/07 quando foi então orientada a usar suspensório somente à noite.

Paciente reavaliado nos últimos dias, evoluindo com melhora clínica e radiológica, com proposta para retirada do suspensório no prazo de 30 dias.

CONCLUSÃO

No presente relato, o diagnóstico da LCJ se deu no dia do nascimento e o tratamento foi imediatamente iniciado. Já o diagnóstico da Luxação congênita bilateral dos quadris foi aos 4 meses de idade, através de exames físicos e radiológicos. Em ambos os casos, o tratamento conservador foi indicado. A necessidade de qualificação dos profissionais para a execução do exame ortopédico completo nos primeiros dias de vida do RN é de extrema importância. Uma vez que, o diagnóstico precoce, tanto no caso da LCJ e da DDQ, é a melhor forma para prevenir complicações, principalmente retardamento do desenvolvimento neuropsicomotor e ajuda na escolha do tratamento que nesses casos trata-se de forma conservadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shattock SG. Genu recurvatum on a foetus at term. Trans Pathol Soc London. 1891; 42: 280 -92.

2. Jacobsen K, Vopalecky F. Congenital dislocation of the knee. *Acta Orthop Scand*. 1985;56:1-7.
3. Guarniero Roberto. Displasia do desenvolvimento do quadril: atualização. *Rev. bras. ortop*. 2010.
4. Bensahel H, Dal Monte A, Hjelmstedt A, Bjerkreim I, Wientroub S, Matasovic T, et al. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop*. 1989; 9:174-177.
5. Johnson E, Audell R, Oppenheim L. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop*. 1987; 7:194-200.
6. Dobbs MB, Boehm S, Grange DK, Gurnett CA. Case report: congenital knee dislocation in a patient with Larsen syndrome and a novel filamin B mutation. *Clin Orthop Relat Res*. 2008;466(6):1503-9.
7. ARAÚJO, Luísa Neiva; ALMEIDA, Eduardo. Luxação congénita do joelho: que abordagem? Revisão teórica e experiência de um Hospital Pediátrico. *Rev. Nasc. Cresc*. 2012; 21(1):13-18.
8. Schott PCM. Displasia do desenvolvimento do quadril e luxação displásica do quadril. *Rev Bras Ortop* 2000; 35: 1-6.

COMPORTAMENTO DO LEUCOGRAMA NA VIGÊNCIA DA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS AMNIÓTICAS.

*VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral Docente do Curso de Graduação em Medicina
no Centro Universitário Serra dos Órgãos.*

*MEIRA, Luan Lessa Caires Discente do Curso de Graduação em Medicina
no Centro Universitário Serra dos Órgãos.*

PALAVRAS-CHAVE: Rotura prematura, leucócitos, neutrófilos

INTRODUÇÃO:

A rotura prematura de membranas amnióticas ocorre em cerca de 3% de todas as gestações, desde de siga protocolo de diagnóstico bem definido. As barreiras amnióticas são barreiras mecânicas contra a ascensão de microrganismos e possuem papel fundamental no sistema imune, pois são importantes fontes de mediadores inflamatórios como as citocinas e as defensinas. Em resposta à infecção, ocorrem recrutamento e ativação de leucócitos para as membranas fetais, o que caracteriza a corioamnionite histológica, que ativa a cascata inflamatória na interface materno-fetal. Existe uma relação direta entre a rotura prematura de membranas amnióticas e a infecção urinária durante a gestação. Essa associação é responsável por um número significativo de partos prematuros e internações em unidades de terapia intensiva neonatal, chegando até a perda perinatal. Estes dados podem facilmente ser observados no sistema de dados DATASUS do Ministério da Saúde do Brasil.

Suas principais complicações são o parto disfuncional, a corioamnionite, o alto índice de cesarianas, a endometriíte e a infecção neonatal. Sob o ponto de vista materno, estas complicações iniciais podem evoluir para pelviperitonite, septicemia e morte, condicionando tratamento agressivo como a histerectomia. Para o recém-nato envolverão prematuridade, septicemia, hipoplasia pulmonar, síndrome de compressão fetal e morte neonatal dentro dos primeiros 30 dias de vida.

OBJETIVOS

Geral

Criar uma curva de para o leucograma em gestantes atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis CostantinoOttaviano com diagnóstico de rotura prematura de membranas amnióticas.

Específico

Comparar esta curva com a curva de normalidade obtida em outro trabalho de conclusão de curso.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo e retrospectivo realizado entre 18 de maio de 2016 e 29 de agosto de 2016 na maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis Costantino Otaviano.

Após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, foram tabulados os valores de leucócitos, neutrófilos e bastões de todas as pacientes que tiveram seus filhos naquela maternidade durante o período do estudo, e que receberam o diagnóstico confirmado de rotura prematura de membranas amnióticas. Para isso foi consultado o cartão de pré-natal e o prontuário de internação.

Para esta coleta de dados foram utilizados os exames realizados no pré-natal e/ou na internação para a interrupção da gestação.

Os dados foram agrupados para cada idade gestacional, calculada a média e seu desvio padrão, e criado um gráfico de pontos para mostrar o comportamento dos dois parâmetros, e assim criar a curva de normalidade.

Esse erro é calculado aplicando-se na fórmula do polinômio o valor da IG no lugar do X. Com isso, conseguimos o valor de Y, que é o resultado do exame. Então, calcula-se a diferença entre o valor encontrado e o real, dando uma porcentagem. Isso é feito para cada exame. Depois tira-se uma média de todas as porcentagens de erro.

DISCUSSÃO

A finalidade deste trabalho foi comparar as curvas de normalidade dos leucócitos e neutrófilos obtidos em outro trabalho, com as de pacientes com rotura prematura de membranas. A hipótese seria identificar alguma alteração neste parâmetros na predição do acidente obstétrico.

Em relação aos leucócitos, podemos, ao observar as duas curvas, que ao contrário do que se esperava, o aumento do final da gestação que foi considerado normal, não apareceu no grupo de estudo.

Em relação à curva de neutrófilos, no entanto, este aumento aparece, permitindo concluir que um início de infecção poderia estar iniciando-se, o que foi confirmada pelo comportamento dos percentuais de bastões, que não foi valorizada na primeira curva, pois era de normalidade, mas que permanece dentro de seus valores normais, mesmo com a discreta subida dos neutrófilos.

Entretanto a literatura é divergente nestes aspectos, e como exemplo citamos o trabalho de Brandão et al (7) publicado em 2015. O objetivo do trabalho foi avaliar as características maternas, obstétricas e neonatais associados ao parto prematuro com ou sem rotura de membranas.

Através estudo retrospectivo entre 2003 e 2012, comparou estas duas situações em fetos nascidos antes de 37 semanas de gestação. A comparação foi feita entre 596 de prematuridade espontânea, e 836 associados a rotura de membranas. Os resultados mostraram que os fatores de risco mais comuns na espontaneidade do evento foram: multiparidade, prematuros anteriores, comprimento do colo no pré-natal, baixo índice de massa corpórea, aumento da proteína C reativa e do número de leucócitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, ao contrário de nossa amostra, o aumento dos leucócitos precediam a prematuridade, sem necessariamente haver a rotura de membranas. O pensamento que sai desta conclusão, é que devemos continuar a coleta de casos, pois a amostra poderá, ao ser encorpada, mostrar resultado semelhante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1 – Poletini J, Silva MG. Rotura prematura de membranas pré-termo e corioamnionite histológica: aspectos da resposta imune inata e repercussões no período neonatal. Tese Doutorado.FMB.2014.

2 – Vigil-de Gracia A, Savransky R, Wuff JAP et al. Ruptura Prematura de Membranas. Guia Clínica de FLASOG. 2011;1.

3 – DATASUS. Ministério da Saúde, 2015

4 – Ugalde-Valencia D, Hernandez-Juarez MG, Ruiz-Rodriguez MA et al. Infecciones del tracto genital y urinário como factores de riesgo para aperto pretermino em adolescentes. Ver ChilObstet Gynecol.2012;77(5):338-41.

5 – Almeida MVL. Amniorrexe Prematura. IN: Chaves Netto H, Sá RAM. Obstetrícia Básica, 2007;2ª Ed. São Paulo, Atheneu, pag 213.

6– Ekwo EE, Gosselink CA, Woolson R et al. Risks for premature of amniotic membranes. Int J Epidemiol.1993;22(3):495-503.

7 – Brandão MAS et al. Parto pré-termo com ou sem rotura prematura de membranas: características maternas, obstétricas e neonatais. Ver BrasGinecol Obstet.2015;37(9):428-33.

8 – Tessari DMT, Madi JM, Zatti H. Infecção do trato urinário. IN: Madi JM, Araújo BF, Zatti H. Doenças Infecciosas na prática obstétrica e neonatal. 2008, Rio de Janeiro, Editora Rubio.

9 – Eduardo JCC. Infecções do trato urinário. IN: Chaves Netto H, Sá RAM. Obstetrícia Básica, 2007;2ª Ed. São Paulo, Atheneu, pag.299.

10 – Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy.Cochrane Database Syst Rev.2001;CD000490.

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR POR MIELITE TRANSVERSA – RELATO DE CASO.

Kede LV. Graduando da faculdade de medicina de Teresópolis.

Kede J. Professor da faculdade de medicina de Teresópolis.

PALAVRAS – CHAVE: Síndrome de compressão medular, Mielite Transversa, Doença desmielinizante.

INTRODUÇÃO:

Ocorre a Síndrome de compressão medular (SCM) quando há interrupção total ou parcial das vias longas, descendentes e ascendentes da medula espinhal. O nível de sensibilidade localiza o segmento afetado, identificado semiologicamente através do dermatomo correspondente. Diversas etiologias estão inseridas nessa síndrome, sendo possível o discrimine de cada uma analisando as manifestações sistêmicas concomitantes e pelo ritmo de instalação do quadro clínico. Estudos epidemiológicos pormenorizados e recentes sobre a síndrome são escassos. Os dados do Ministério da Saúde indicam “que ocorra mais de 10 mil novos casos ao ano de lesão medular, sendo o trauma a causa predominante”. A mielite transversa (MT), embora rara (1 a 8 casos novos por milhão de habitantes/ano), inserida no espectro etiológico da SCM, geralmente é associada a prognóstico reservado devido à manutenção de significativo déficit neurológico residual (tabela 1). O termo mielite refere-se à inflamação da medula espinhal e o termo transversa ao acometimento horizontal de um segmento da medula espinhal. No presente trabalho dá-se enfoque ao estudo da MT causada por doenças desmielinizantes tais como esclerose múltipla (EM) e Neuromielite Óptica (NMO) conhecida também como doença de Devic.

OBJETIVO

Estudo e divulgação de um caso raro de síndrome de compressão medular associado a mielite transversa em um adolescente do sexo masculino de quinze anos de idade.

METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura e apresentação de caso clínico. Como estratégia para coleta de dados do paciente e relato de caso, foi usado o prontuário de número 73986 do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO). Sendo o tempo de internação do paciente correspondente ao período de 11/03/16 à 07/04/16. Foram feitas uma série de exames laboratoriais e de imagem a fim de elucidar seu diagnóstico nesse período. Como estratégia para a revisão narrativa da literatura foi coletado uma série de artigos científicos e revisados diversos capítulos de livros, onde foram selecionados os confiáveis, para que se pudesse montar o estudo. Tendo o responsável do paciente em questão, assinado o termo de consentimento informado para que pudesse ser efetuado e divulgado ,em âmbito científico, o trabalho.

ANÁLISE E RESULTADO

A MT isolada não afasta definitivamente o diagnóstico de EM, mesmo em adolescentes, baseado nos critérios resumidos de McDonald (novos critérios para diagnóstico de EM). A referência a um dos picos de incidência da EM coincide com a idade em que o paciente foi acometido. Os dados da literatura sobre a doença de Devic são coincidentes com a instalação de forma aguda, em 24 horas, ocorrido nesse caso.

As extensas lesões longitudinais da medula torácica e cone medular são concordantes com o quadro clínico, embora sem especificidade etiológica, conferindo, entretanto, um mau prognóstico quanto à recuperação motora e sensitiva do paciente.

O exame do líquido-céfaloraquidiano foi inconclusivo para qualquer diagnóstico etiológico e há inferência de acidente de punção durante a colheita do material.

O uso do contraste paramagnético, capaz de identificar lesão inflamatória ativa ou a presença de anticorpos antiaquaporina 4 são importantes para avaliar o potencial de recidiva da MT. A ausência de um desses exames não permite afirmar a possibilidade de doença de Devic.

Nesse momento, a execução de nova ressonância magnética (RM) de crânio e coluna, utilizando o íon paramagnético, a pesquisa de potencial evocado visual e a investigação de doenças neoplásicas malignas devido às informações da história familiar, pode oferecer possibilidades etiológicas e prognósticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Não é possível afastar em definitivo uma etiologia desmielinizante, ou recidiva da MT, principalmente devido a não realização do potencial evocado visual e a não utilização do contraste paramagnético na RM da medula espinhal.

O diagnóstico permanece inconcluso. Novas investigações, com exames complementares apresentam potencial de definição etiológica.

REFERÊNCIAS:

1. Frohman EM, Wingerchuk DM. Transverse Myelitis. *N Engl J Med*. 2010 Aug; 363(6): 564-572.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Brasília – DF 2013. 1 ed.
3. Krishnan C, Kaplin AI, Deshpande DM, et al. MIELITE TRANSVERSA: PATOGENIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. *Frontiers in Bioscience*. 2004 maio; 9: 1483-1499.

4. Jeffery DR, Mandler RN, Davis LE. Transverse myelitis : Retrospective analysis of 33 cases, with differentiation with cases associated with multiple sclerosis and parainfectious events. Arch Neurol. 1993; 50: 532. (Lynn)
5. Berman M, Feldman S, Alter M, et al. Acute transverse Myelitis: Incidence and etiological considerations. Neurology.1981; 31 – 966. (Lynn)
6. Stone LA. Transverse myelitis in Rolak LA and Harati y (eds.) Neuroimmunology for the clinician. Boston, MA: Butterworth – Heinemann. 1997; 155-165. (Lynn)
7. DeMayer W. Anatomy and Clinical Neurology of the Spinal Cord.In: Baker AB, Joynt RJ.Clinical Neurology.Revised Edition – volume 3.Philadelphia: Harper & Row, Publishers;1985.p.1-32.
8. Truex RC, Carpenter MB, Mosovich A. Consideraciones macroscópicas sobre el Sistema nervioso central n: Truex RC, Carpenter MB, Mosovich A.Neuroanatomia Humana. 4ª. Edición. Buenos Aires. El Ateneo. 1971.p.26-56.
9. DeJong RN, Magee KR. The Exteroceptive Sensations. In: DeJong RN, Magee KR.The Neurologic Examination.4ª. Edition.Maryland. Harper & Row.1979.p.44-66.
10. Julião OF. Síndrome Medulares. In : Tolosa APM, Canelas HM. Propedêutica Neurológica. 2ª.Edição. São Paulo: Sarvier; 1971.p.286-304.
11. Polman CH, Reingold SC, Banwell B. Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald Criteria. ANNALS of Neurology. 2011 Feb; 69(2): 292-302.
12. Joaquim AF. Abordagem inicial do paciente com mielopatia aguda não compressiva. RBM rev. bras. med. 2007 abril;64(4):164-9.
13. Spina-França A, Salum PNB, Limongi JCP. Mielopatias: Aspectos Diagnósticos. Arq Neuropsiquiatr. 1980 Dezembro; 38 (4): 360 – 6.
14. Naismith RT, Tutlam NT, Xu J, et al. Optical coherence tomography differs in neuromyelitis optica compared with multiple sclerosis. Neurology. 2009 Mar; 72: 1077 – 1082.
15. Ratchford JN, Saidha S, Sotirchos ES, et al. Active MS is associated with accelerated retinal ganglion cell/inner plexiform layer thinning. Neurology. 2013 Jan; 80: 47- 54.

16. Jacob A, Weinschenker BG. An Approach to the Diagnosis of Acute Transverse Myelitis. *Semin Neurol.* Feb 2008; 28(1):105-120.

17. Falcetta FS, Pizzol AD, Assmann JB, et al. Mal de Pott: Uma Doença Milenar em um Novo Século. *Rev HCPA.* 2009; 29(2): 170 -173.

18. Postiglione MG, Braga DC. Síndrome da artéria espinhal anterior: relato de caso. *Revista AMRIGS.* 2003 julho; 47 (3): 206-209.

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR – CAUSAS						
COMPRESSIVAS (diversas etiologias)	CAUSAS VARIADAS	RELACIONADAS AO DESENVOLVIMENTO	VASCULARES	MIELITE TRANSVERSA – CAUSAS		
Neoplasia extradural, intradural ou extramedular	Deficiência de vitamina b12 (degeneração combinada subaguda)	Siringomielia	Má-formação arteriovenosa	Inflamatórias	Infecciosas	Pós-vacinais
bcesso extradural	Pós-radiação	Mielomeningocele	Trombose arterial	Esclerose Múltipla Neuromielite Óptica	Virais: VZV, HSV 1 e 2, CMV, HIV, HTLV-1, outros	Sarampo, rubéola, varíola, raiva
Mal de Pott (tuberculose espinhal)	Idiopática		Trombose venosa	Sarcoidose e Síndrome paraneoplásica	Bacterianas e Micobacterianas: <i>Borrelia</i> , <i>Listeria</i> , <i>Sífilis</i> e outros.	
Hemorragia extradural				Mielopatia relacionada à Síndrome Sjogren	<i>Mycoplasma Pneumoniae</i>	
Espondilose cervical				Lúpus Eritematoso sistêmico	Parasitárias: Esquistossomose, Toxoplasmose	
Compressão pós-traumática por fratura ou luxação vertebral ou Hemorragia				Vasculites (Síndrome do anticorpo antifosfolípido e outros estados de hipercoagulabilidade)		

Tabela 1

ANALGESIA PERIDURAL CONTÍNUA EM TORACOTOMIA- RELATO DE CASO

*PETTERSEN, Vera Lucia Adas. Docente do Curso de Graduação em Medicina.
MARINHO, Luísa Domingues Aguiar. Discente do curso de Graduação em Medicina.*

PALAVRAS-CHAVE: dor aguda, toracotomia, analgesia peridural, manejo da dor, avaliação da dor.

INTRODUÇÃO

A dor é definida pelo IASP (International Association for the Study of Pain) como uma experiência emocional, com sensação desagradável, associada à lesão tecidual presente, potencial ou descrita como tal¹. Frequentemente a percepção dolorosa é desencadeada pelo estímulo nocivo, seja por uma lesão, ou doença de tecido somático ou nervoso. A dor pós-operatória tem como principal mecanismo a nocicepção, contudo a lesão de nervos pode associar o componente neuropático².

A dor aguda pós toracotomia é considerada a dor de maior intensidade e de maior duração quando comparada à diferentes procedimentos cirúrgicos. A maioria dos estudos conclui que essa técnica atenua a resposta inflamatória ao trauma cirúrgico, as hipóteses para estes resultados mais citadas são o alívio da dor e o bloqueio da atividade simpática³.

O alívio da dor nesses pacientes relaciona-se não apenas a redução do seu sofrimento (excluir do paciente) e maior bem-estar, como também a diminuição das possíveis complicações cardiovasculares e respiratórias⁴.

OBJETIVOS

Geral

Demonstrar que a analgesia peridural contínua torácica se mostrou eficaz no tratamento da dor pós toracotomia.

Específico

Apresentar as vantagens e desvantagens das técnicas de analgesia pós toracotomia. Demonstrar as vantagens da peridural contínua, quando comparada com outras técnicas de analgesia. Avaliar e tratar a dor pós operatória de toracotomia.

METODOLOGIA

1-Local de estudo: Centro cirúrgico e enfermaria de cirurgia do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano;

2-Seleção do paciente: Paciente;

3-Cateter de peridural em nível torácico T11-T12;

4-Protocolo de analgesia pós-operatória - cateter peridural nível torácico T11-T12.

Tabela 1: Protocolo de Analgesia Pós-Operatória - Cateter Peridural nível Torácico T11 e T12

	SO	SRPA	SRPA	SRPA	18h (01/04)	20h (01/04)	8h (02/04)	20h (02/04)
PA								
FC								
SpO ₂								
EVA repouso								
EVA movimento								
Movimento MMII								
Outros								

5-Aspecto ético: Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RELATO DE CASO

Paciente A.B.S.F, 68 anos, masculino, casado, aposentado, evangélico, deu entrada no Hospital das Clínicas Constantino Ottaviano (HCTCO) no dia 30/03/2016, para realização em caráter eletivo de biópsia pulmonar por toracotomia.

Na avaliação pré-anestésica paciente relatou ter hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, asma brônquica, arritmia aos médios esforços. Paciente foi liberado para o procedimento proposto, de acordo com a avaliação da American Society Anesthesiologists em ASA II.

No dia 31/03/2016, às 9 horas e 20 minutos foi iniciado o procedimento anestésico, obtido o acesso venoso periférico e monitorização da pressão arterial não-invasiva (PANI), eletrocardioscopia, saturação da hemoglobina arterial (SpO₂), capnografia (EtCO₂). O paciente foi sedado com midazolam IV (3mg), previamente. Após colocação em decúbito lateral esquerdo (DLE) foi feita a assepsia e antissepsia em região lombossacral e na altura

de T11 e T10. Posteriormente procedeu-se à punção peridural com agulha de Tuohy 16G, realizada a injeção teste com adrenalina e injeção de novabupivacaina 0,25% (50mg) e então o cateter de peridural (16) foi progredido em direção cefálica. Foi realizada a pré-oxigenação com O₂ à 100%, administrado alfentanila IV (1500mcg), propofol IV (150mg), ventilação sob máscara satisfatória e rocurônio IV (30mg), executada intubação orotraqueal com tubo 8,0 mm com cuff, sem intercorrências. Duas horas após a passagem do cateter, nova dose de novabupivacaina 0,25% (30 mg) associada à morfina (2mg) foi injetada.

Após o término do procedimento cirúrgico, o paciente foi extubado e encaminhado para sala de recuperação pós anestésica (SRPA), onde iniciou um esquema de avaliação que continuou até o 3º dia de pós operatório. Os parâmetros avaliados foram pressão arterial, frequência cardíaca, SpO₂, dor no repouso, dor no movimento, bloqueio motor dos membros inferiores (MMII), uso de drogas de resgate em caso de dor, e outros fármacos caso necessário.

Na SRPA, o paciente totalmente acordado permaneceu por 120 min apresentando hipotensão arterial de 85X50mmHg que foi corrigida após a administração de duas doses de etilefrina (4mg). Foi instalada na enfermaria uma bomba de perfusão B Braun acoplada ao cateter de peridural. A solução de infusão continha 120 ml de novabupivacaina 0,25% (taxa de infusão =5 mL/hora). No 2º dia de pós operatório foi utilizada a mesma solução. No 3º dia de pós operatório, a dose de novabupivacaina foi reduzida para 0,125% mantendo a mesma taxa de infusão.

Na enfermaria o paciente permaneceu monitorado durante 72 horas. A intensidade da dor pós operatória foi avaliada pela EVA no repouso e no movimento e foi prescrito regularmente dipirona (2g) de 6 em 6 horas e AINES tenoxicam (20mg) 12 em 12 h. Para o resgate, isto é, se EVA >5, seriam injetados tramadol (100mg diluídos em 100ml de NaCl 0,9%) de forma a manter a intensidade da dor <4 (EVA).

DISCUSSÃO

Neste relato o paciente foi avaliado durante 72 horas, no período de pós operatório imediato, devido a uma incisão cirúrgica que causa dor de severa intensidade e de longa duração, para melhor condução de seu tratamento é necessário planejamento apropriado à intensidade da dor, conforme apresentado por Kolettas et al.(2015). Essa severidade da dor é atribuída ao trauma da parede torácica, fratura de arcos intercostais e lesão de nervos intercostais⁵. A analgesia com peridural contínua mostrou-se satisfatória para o controle algico, sendo que, em nenhum momento, foram necessárias doses de outras medicações para resgate da dor. O paciente foi mantido com EVA < 4, em uso apenas de dipirona regular e tenoxican.

Confirmando o que é dito por Duarte et al.(2015), a anestesia peridural promove analgesia de melhor qualidade que o uso de opióides isolados, já que as fibras que conduzem o estímulos dolorosos da região torácica encontram-se bloqueados⁴.

As vantagens do uso da técnica peridural para os pacientes são inúmeras, o alívio da dor permite ao paciente expansão pulmonar adequada, mobilização e alimentação mais precoce, diminui a necessidade de opióides para resgate de dor, atenua a resposta ao estresse cirúrgico e como consequência leva a diminuição dos casos de complicações pulmonares

(atelectasia, pneumonias), gastrointestinais (íleo paralítico), permitindo uma recuperação mais rápida⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De encontro com as conclusões encontradas na literatura, o paciente deste relato experimentou as vantagens da técnica de analgesia peridural contínua. Durante as 72 horas em que foi avaliado manteve-se com adequado controle algico, o que permitiu ao paciente movimentação precoce, expansão pulmonar adequada, além de ter proporcionado maior bem-estar e menor sofrimento, acarretando em uma recuperação cirúrgica melhor e mais rápida. Devido à esperada hipotensão em três episódios foram utilizados etilefrina para sua correção. Além disso não foi necessário uso de drogas para resgate da dor, comprovando a vantagem da técnica em reduzir o consumo de opióides.

Para o sucesso da técnica anestésica, avaliações frequentes no pós-operatório são necessárias tendo início na sala de recuperação anestésica e terminando na retirada do cateter peridural, dias depois. Essa avaliação é importante para detecção de possíveis déficits neurológicos, parestesias, qualquer sinal ou sintoma de comprometimento ou isquemia medular, visto que quanto mais precoce o diagnóstico maiores as possibilidades de intervenção.

Mesmo com as desvantagens, complicações e limitações, quando seguidos os padrões adequados para a técnica, tomadas as devidas precauções, corretamente indicadas, a anestesia peridural contínua é segura, apresenta inúmeras vantagens e pode ser indicada.

REFERÊNCIAS

1. GOZZANI, Judymara Lauzi. Fisiopatologia da dor. In: CAVALCANTI, Ismar Lima et al. **Dor Pós- Operatória**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2004. Cap. 1. p. 13-37.
2. MARANHÃO, Marcius Vinícius M.. Condutas Analgésicas: Cirurgia Torácica. In: CAVALCANTI, Ismar Lima et al. **Dor Pós- Operatória**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2004. Cap. 6. p. 265-285.
3. MCLEOD, Ga; CUMMING, C. Thoracic epidural anaesthesia and analgesia. **British Journal Anesthesia**, [s. L.], v. 4, n. 1, p.16-19, 2004. Disponível em: <<http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/4/1/16.full>>. Acesso em: 14 ago. 2016.
4. DUARTE, Leonardo Teixeira Domingues et al. Analgesia Peridural Contínua: Análise da Eficácia, Efeitos Adversos e Fatores de Risco para Ocorrência de Complicações. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [s. L.], v. 54, n. 3, p.371-390, jun. 2004. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n3/v54n3a10.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.
5. KOLETTAS, Alexandros et al. Postoperative pain management. **Journal Of Thoracic Disease**, [s. L.], v. 7, n. 1, p.62-72, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332101/>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

6. JARDIM JÚNIOR, Alberto de Pontes et al. Comparação entre Bloqueios Peridural e Paravertebral Torácicos Contínuos para Analgesia Pós-Operatória em Pacientes Submetidos a Toracotomias: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [s. L.], v. 63, n. 5, p.433-442, set. 2013. Disponível em: <<http://www.sba.com.br/arquivos/revista/rba/set13433.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

ATRESIA DE TRICÚSPIDE: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO.

Caraline, Manuella Louzada Braga. Acadêmica do curso de graduação em medicina.

Morgado, Flávio. Docente do curso de graduação em medicina

PALAVRAS-CHAVE: Atresia de tricúspide, Cardiopatia congênita cianótica, Cirurgia de Fontan.

INTRODUÇÃO.

A Atresia de Tricúspide (AT) se encontra dentro das cardiopatias congênitas cianóticas (CCC) e se caracteriza pela agenesia (ausência completa), ou pela imperfuração da Válvula Tricúspide (VT), o que impossibilita a comunicação direta entre o átrio direito e o ventrículo direito. Desta forma o sangue desoxigenado proveniente da circulação sistêmica chega ao átrio direito e não consegue prosseguir para o ventrículo direito, a fim de ser ejetado na artéria pulmonar para realização das trocas gasosas nos pulmões⁴. A sobrevivência só se tornará possível se outras alterações estruturais estiverem presentes, como a comunicação interatrial (CIA), a comunicação interventricular (CIV) e/ou a persistência do canal arterial (PCA). Tais alterações permitem a mistura do sangue das duas circulações². A AT pode ser dividida segundo a classificação de Edwards e Burchell em: (1) conexões ventrículo artérias concordantes e os (2) que tem conexões discordantes. De acordo com outras anomalias cardíacas associadas, pode ser subdividido em: Cada um desses tipos pode ser subdividido se associado a outras alterações como: (a) atresia pulmonar, onde o fluxo sanguíneo é totalmente obstruído (mas é hipofluxo), (b) estenose pulmonar com CIV, o grau do hipofluxo então será dependente da dimensão da CIV ou se ocorrer (c) CIV sem estenose pulmonar, na qual o fluxo estará totalmente depende do seu tamanho (hipo, normo ou hiperfluxo mais raramente)⁵. A manifestação clínica e sua apresentação dependerão do fluxo pulmonar². O fluxo pulmonar poderá ser classificado em: hipofluxo, normofluxo ou hiperfluxo mais raramente. Em 70% dos casos, as conexões ventrículo artérias concordantes estão presentes, sendo o tipo mais freqüente. Em contrapartida, as conexões ventrículo artérias discordantes representam 25% dos casos. O quadro clínico apresentando pelo paciente cursará principalmente com cianose Central, e o grau desta cianose dependerá da circulação pulmonar. Esta pode ocorrer com normofluxo, hipofluxo ou hiperfluxo pulmonar. Outras manifestações clínicas estão presentes, como a insuficiência cardíaca, dispnéia progressiva e curva ponderal estacionária ou deficitária³. O diagnóstico pré natal é de grande importância para o correto manuseio e intervenção do neonato⁶. A ecocardiografia foi uma importante colaboradora para o diagnóstico e o acompanhamento das malformações cardíacas. Permitindo a avaliação das alterações de cada tipo específico de defeito, descartando assim a necessidade de exames invasivos, como o cateterismo⁷. Foi realizado um estudo com 1.546 fetos, com idade gestacional de 16-30 semanas (média de 28 semanas). Onde a ecocardiograma fetal evidencia que desses fetos, 101, ou seja, (6, 5%) apresentavam cardiopatia congênita. E dentre estes analisados a AT apresenta 1, 9% dos casos⁷. Já o estudo infantil realizado no The Baltimore Washington mostrou que, no rastreamento

pé natal a incidência da AT representa 0,47% de todos os defeitos cardíacos relacionados. Sendo sua ocorrência muito baixa⁶. Fetos que apresentam malformações cardíacas associados com alteração cromossômica correspondem a 40% segundo Berg⁸. E a ausência de anomalias cromossômicas associada ao aumento da translucência nucal, eleva o risco de malformação cardíaca⁹. O diagnóstico do paciente com AT, se não realizado durante o pé natal, ocorre decorrente da investigação de exames complementares, em consequência das manifestações clínicas apresentada pelo RN². A cianose dependendo do seu grau pode ser evidenciada nas primeiras horas de vida. Ou se não for evidente, pode ser observada pela baixa saturação de O₂. Além da presença de sopro e dispnéia³. O eletrocardiograma realizado pode ocorrer aumento atrial esquerdo, nos casos em que a AT se apresentar com hiperfluxo pulmonar². Ao RX de tórax, distingue a apresentação da AT em, hipofluxo pulmonar ou hiperfluxo pulmonar³. O ecocardiograma permite a avaliação nesses pacientes do tamanho do arco aórtico, da CIV e da CIA¹. O cateterismo diagnóstico vem sendo substituído pelo intervencionista. Na maioria dos casos o ecocardiograma é capaz de fechar o diagnóstico de AT. O tratamento da AT visa correções cirúrgicas paliativas com a finalidade de melhorar a sobrevivência desse paciente e de prepará-lo, até que a anastomose cava pulmonar total (cirurgia de Fontan) possa ser realizada. Entre as cirurgias paliativas mais empregadas atualmente, encontram-se: Cirurgia de Blalock-Taussing modificada, Atrioseptomia por balão e a cirurgia de Glenn bidirecional¹⁰. Em pacientes com fluxo pulmonar baixo, que apresentam cianose grave, preconiza-se a infusão de prostaglandina E1 intravenosa (0,01 – 0,20 mg/kg/min) e correções metabólicas, como medida clínica até que a conduta cirúrgica possa ser realizada³.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Apresentar a importância do diagnóstico e tratamento precoce para qualidade de vida do paciente

Objetivo específico

Realizar revisão literária sobre epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico. Verificar na literatura métodos de diagnóstico precoce.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, constando de relato de caso. A pesquisa bibliográfica será realizada utilizando o termo “Atresia de Tricúspide” em biblioteca online. Os critérios para a pesquisa serão: trabalhos realizados nos últimos anos; limitados a humanos; idiomas: inglês e português. Os dados para o relato serão obtidos através de dados do prontuário

RELATO DE CASO

A.C.L.B. S, feminino, sete anos, raça branca, escolar, natural de Belo Horizonte, reside no bairro Centro em Itaperuna-Rj. A história perinatal revela mãe com 27 anos. G1P0A0, grupo sanguíneo O negativo, com último Coombs indireto (18/10) negativo, sorologia negativas, suscetível à toxoplasmose e CMV. Sem contexto infeccioso, com urinocultura

negativa. A primeira USG, realizada no primeiro trimestre do pé natal, evidenciou o aumento da translucência nucal. Foi então realizada a ecocardiografia fetal aonde se pode observar cardiopatia congênita do tipo Atresia de Tricúspide 1B. A mãe foi então encaminhada para o Instituto Bioco em Belo Horizonte, aonde foi realizado o parto, no dia 20/11/2008, com assistência Obstétrica e Pediátrica especializada. O RN nasceu bem, com Apgar 8/9, estatura de 46 cm e perímetro cefálico de 33 cm. (completar). No dia 21/11/2008, foi realizado atrioseptoplastia, sem intercorrências. No mesmo dia, o RN foi intubada para se submeter à cirurgia de Blalock-Taussing modificado á esquerda (prótese de PTFE de 4 mm). O Procedimento ocorreu sem intercorrências, sendo extubada no pós operatório imediato. Manteve bom padrão respiratório em ar ambiente, saturando de 88 a 92%. Durante a internação, fez uso de cefotaxima por 6 dias devido à revisão infecciosa alterada, com controle de cura após tratamento. Recebeu alta no dia 01/12/2008 com prescrição de AAS 5mg/kg/dia. A lactente evoluiu no primeiro ano com piora do quadro de cianose e com cansaço aos médios esforços. Apresentou intolerância a lactose, tendo feito uso de leite da soja durante o primeiro ano de vida. Submetida no dia 14/01/2010 a cirurgia de Glenn bidirecional sem CEC, não recebeu hemoderivados sendo extubada no POI, sem intercorrências. Manteve saturação de 02 de 85% em ar ambiente. No dia 11/11/2014, foi submetida à cirurgia de Fontan com tubo intracardíaco de 16 mm de PTFE e fenestração de 4 mm Procedimento ocorreu sem alterações, sem necessidade de hemotransfusão. Extubada no POI e aminas suspensa no terceiro dia pós operatório. Durante a internação apresentou discreta descompensação hemodinâmica com taquicardia e hepatomegalia, melhorando após otimização da medicação anticogestiva realizado ecocardiograma no dia 17/11/2014 mostrando anastomose cavo pulmonar total com normofluxo. No dia 19/11/2014 os exames laboratorial: Hb: 14,2/ Ht: 42%/ PCR: 56/ Plaq: 241000. Recebeu alta no dia 20/11/2014, em bom estado geral, tolerando bem a dieta hipolipídica, pulsos amplos e simétricos. Em uso de AAS 5mg/kg/dia, furosemida 2mg/kg/dia, aldactone 1mg/kg/dia, captopril 0, 5 mg/kg/dia e sildenafil 0, 5 mg/kg de 8/8 h.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia de anastomose cava pulmonar total (ACPT) ou cirurgia de Fontan, principal cirurgia para tratamento desses pacientes, modificou drasticamente a sobrevida dos pacientes com AT. Porém apresentava alta incidência de arritmias cardíacas e danos ao nódulo atrial, devido a linhas de sutura atrias, dilatação do AD e atriotomia. Desta forma com o passar dos anos, aprimoramentos na técnica foram publicados a fim de reduzir essas complicações¹². A técnica de utilizar (PTFE) sendo interposto entre a veia cava inferior e artéria pulmonar, caminhando pelo interior do átrio direito, através do forame oval em direção ao teto do átrio esquerdo, por onde é exteriorizado e anastomosado ao tronco ou ramo esquerdo de artéria pulmonar, mostra se satisfatório e de melhor escolha, principalmente para ocorrência de derrame pleural causando menor morbidade¹³. A sobrevida, tanto precoce quanto tardia, após uma operação de Fontan com um tubo de PTFE é excelente, sem o risco de morte após 20 anos. O estado funcional final é bom, a necessidade de reoperação é rara, e complicações trombóticas são incomuns, utilizando a aspirina como a única medicação anticoagulante. A paciente citada no relato foi operada realizando a técnica de utilizar (PTFE) sendo interposto entre a veia cava inferior e artéria pulmonar. Fez uso de sildenafil Após a cirurgia evoluiu bem, com saturação a cima de 95%. Hoje em dia não apresenta cianose, nem dispnéia. O desenvolvimento assim como o crescimento ocorre de forma normal e satisfatória dentro dos padrões, cursando a o ano letivo de acordo com a faixa etária. Pratica atividade física com aulas de bale e natação, sem demonstra sinais clinicas de descompensação hemodinâmica. Possui alimentação

balanceada, sem a necessidade de restrição. No momento não faz uso de nenhum medicamento sendo avaliada uma vez por ano ambulatorialmente. Concluímos com historia da paciente a importância do diagnostico precoce. Sendo essencial à realização de pé natal com 8 consultas no mínimo, e com triagem dos fatores de risco maternos e fetais para a realização do ecocardiografia fetal a partir da 28 semanas de gestação. Desta forma, muitas malformações cardíacas podem ser identificadas e corretamente tratadas. Aumentando a sobrevivência desses pacientes. Aproximadamente 85% dos bebês nascidos com anomalias cardiovasculares podem atingir a idade adulta, e com a melhoria contínua na técnica cirúrgica, isso poderia aumentar ainda mais nas próximas duas décadas¹³.

REFERENCIAS

1. MARCONDES, Eduardo. COSTA VAZ, Flávio Adolfo.; RAMOS, José Lauro Araújo. *Pediatria Básica: Tomo III pediatria especializada*. Editora Sarvier
2. NELSON. *Tratado de Pediatria - Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robertkliegman*. 19ª Edição. Elsevier. 2009.
3. BRAUNWALD –*Tratado de doenças cardiovasculares-VOL.1 - 9ª edição - Douglas P. Zipes, Douglas L. Mann, Peter Libby e Robert O. Bonow-Elsevier*.
4. Sandra S. Mattos- Jorge V. Rodrigues, RossanaSeveri, Marília Nunes, Carlos Eduardo G. Cunha, Verônica B. Melo, Lúcia Roberta Didier, Kátia de Fátima D. Gomes, Cleusa L. Santos, Carlos R. Moraes- *Manuseio da atresia tricúspide em neonatos. Relato de três casos e revisão da literatura. Sociedade Brasileira de Pediatria 1994*.
5. Edwards JE, Burchelle HB: *Congenital Tricuspid atresia: A classification. Med Clin no Amer (July) mayo clin no: 1177-1196, 1949*.
6. Berg, C., Lachmann, R., Kaiser, C., Kozlowski, P., Stressig, R., Schneider, M., Asfour, B., Herberg, U., Breuer, J., Gembruch, U. and Geipel, A. (2010), *Prenatal diagnosis of tricuspid atresia: intrauterine course and outcome. Ultrasound ObstetGynecol, 35: 183–190. doi:10.1002/uog.7499*
7. Márcia Abdalla Teixeira da COSTA, Oscar Francisco Sanchez OSELLA, *Deteção pré-natal das cardiopatias congênicas pela ecocardiografia fetal*
8. Berg KA, Clark EBC, Astemborski JA, Boughman JA. *Prenatal detection of cardiovascular malformations by echocardiography: an indication for cytogenetic evaluation. Am J Obstet Gynecol. 1988; 159: 477-81*
9. McAuliffe FM, Hornberger LK, Winsor S, Chitayat D, Chong K, Johnson JA. *Fetal cardiac defects and increased nuchal translucency thickness: a prospective study. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191:1486-90*.
10. Alexandre S.C, José A.B, Roberto L, Francisco L. *Cirurgias paliativas em cardiopatias congênicas. Rev. SOCERJ vol XIII n 2, 2000*.

11. Dabal, Robert J. et al. The modern Fontan operation shows no increase in mortality out to 20 years: A new paradigm. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* , Volume 148 , Issue 6 , 2517 - 2524.e1
12. João Luiz Manica, André Luis Bodini Tratamento Percutâneo de Lesões Residuais e Complicações em Conduitos de Pacientes Submetidos à Cirurgia de Circuito do Tipo Fontan. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2010 18(4):435-42
13. Fernando Antonio FANTINI, Bayard GONTIJO, Cristiane MARTINS. Operação de Fontan: uma técnica em evolução. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2009; 24(4): 463-469

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS: SERÁ QUE ESTAMOS SABENDO COMO FAZER?

RITTI, Mariana Fiães Lima. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

PALAVRAS CHAVES: Notificação; Compulsória; Obstetrícia; Doença; Alunos.

INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda a notificação compulsória de doenças, principalmente, as de caráter transmissível. A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros, bem como aos responsáveis administrativos por unidades públicas, privadas e de ensino.^{1 2}.

As Doenças de Notificação Compulsória são: 1 Botulismo. 2 Carbúnculo ou Antraz. 3 Cólera. 4 Coqueluche. 5 Dengue. 6 Difteria. 7 Doença de Creutzfeldt – Jacob. 8 Doença de Chagas (casos agudos). 9 Doença Meningocócica e outras Meningites. 10 Esquistossomose (área não endêmica). 11 Eventos Adversos Pós- Vacinação. 12 Febre Amarela. 13 Febre do Nilo Ocidental. 14 Febre Maculosa. 15 Febre Tifóide. 16 Hanseníase. 17 Hantavirose. 18 Hepatites Virais. 19 Infecção pelo Vírus da imunodeficiência humana – HIV. 20 Influenza humana por novo subtipo (pandêmico). 21 Leishmaniose Tegumentar Americana. 22 Leishmaniose Visceral. 23 Leptospirose. 24 Malária. 25 Meningite por *Haemophilus influenzae*. 26 Peste. 27 Poliomielite. 28 Paralisia Flácida Aguda. 29 Raiva Humana. 30 Rubéola. 31 Síndrome da Rubéola Congênita. 32 Sarampo. 33 Sífilis Congênita. 34 Sífilis em gestante. 35 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS. 36 Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda. 37 Síndrome Respiratória Aguda Grave. 38 Tétano. 39 Tularemia. 40 Tuberculose. 41 Varíola. 42 Zica vírus.

JUSTIFICATIVA

Durante minha passagem na maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, nas discussões diárias dos casos internados na enfermaria, sempre que estávamos diante de casos de sífilis e HIV na gestação, tornava-se obrigatória a notificação à Secretaria de Saúde do município.

Esta conduta chamou minha atenção, pois, mesmo já no 11º período do curso, não havíamos recebido orientações sobre este assunto, e muito menos apresentados aos documentos relacionados com estas notificações.

Resolvi, então, saber qual é o nível de conhecimento que os alunos de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos têm quando entram no curso, e se conseguem incorporar estes conhecimentos ao seu final. Como estava na maternidade do hospital, me restringi aos agravos relacionados com a gravidez.

OBJETIVOS

Reconhecer em amostra de alunos de todos os períodos da Faculdade de Medicina de Teresópolis, qual o grau de conhecimento que adquiriram durante o curso sobre doenças de notificação compulsória.

METODOLOGIA

A pesquisa prospectiva, descritiva, tipo estudo de casos, foi realizada entre os meses de fevereiro e julho de 2016 pela autora deste trabalho.

Uma amostra de cada período da faculdade de Medicina de Teresópolis, após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, respondia o questionário entregue, sem receber qualquer informação sobre o mesmo. O questionário se referia somente a doenças de possível notificação de interesse em Obstetrícia. Podemos observar que na lista apresentada existem doenças que têm a obrigatoriedade de notificação, como HIV, Sífilis, Dengue, Sarampo, Hepatites virais, Rubéola e Tétano neonatal, e outras que não necessitam deste procedimento, como Tricomoníase, Vaginose bacteriana, Gonorreia, Doença inflamatória pélvica, Citomegalovirose e Toxoplasmose.

Foi avaliada uma possibilidade de comparação entre os diversos períodos, de acordo com sua característica no momento do curso.

RESULTADOS

No período do estudo, foram entrevistados 576 alunos, divididos pelos 12 períodos, distribuídos homogeneamente, e quais doenças consideraram com notificação compulsória. O resultado é analisado sob a forma de índice de acertos expressos em percentuais, além da média de acertos quanto à necessidade ou não de notificação compulsória das doenças listadas em obstetrícia.

Observamos um grande acerto em relação a HIV e Sífilis, enquanto identificamos um fraco comportamento dos alunos em relação ao tétano e hepatites virais, que são de notificação compulsória. Já toxoplasmose e citomegalovirose, que não são doenças de notificação, foram assinaladas pelos alunos em número expressivo de oportunidades.

DISCUSSÃO

O questionário aplicado entre os alunos do curso médico mostrou algumas questões muito interessantes. Em primeiro lugar, que algumas doenças sem a menor expressão para notificação (candidíase, tricomoníase, vaginose, toxoplasmose, citomegalovirose, gonorreia e doença inflamatória pélvica) foram citadas como de notificação obrigatória. O importante

é, que na medida em que o curso foi avançando, estas doenças deixaram de ser citadas. Mas, mesmo assim, aparecem em respostas de questionários dos últimos períodos do curso.

Em relação à rubéola e ao sarampo, a citação como compulsórias foi pequena, mas mesmo sendo enfermidades extintas em nosso país, ainda devem constar nos relatórios dos hospitais. Os alunos se dividiram em assinalá-las como de notificação.

A sífilis e o HIV foram quase unanimidade, inclusive nos alunos dos primeiros períodos, sugerindo que são informações que eles trazem do segundo grau do ensino nacional.

O que nos chamou atenção foram as respostas relacionadas com tétano neonatal e hepatites virais, pois em todos os períodos não houve valorização para uma obrigatória notificação. Será que não conhecem sua valorização?

CONCLUSÃO

Nossa conclusão é que uma capacitação deve ser iniciada no Curso de Medicina da UNIFESO para que seus alunos saiam do curso com domínio total das doenças de notificação compulsória, que conheçam os instrumentos utilizados nesta ação e, que possam, assim, seguir as regras obrigatórias do Ministério da Saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prefeitura de Belo Horizonte, 2016. Notificação Compulsória. notificacao.pbh.gov.br.
2. Ministério da Saúde do Brasil. A notificação de casos de HIV é obrigatória? 2016

USO PROLONGADO DE INCRETINOMIMÉTICOS E INIBIDORES DA DPP-4 EM PACIENTES COM DM 2 E ASSOCIAÇÃO AO RISCO DE PANCREATITE E NEOPLASIA PANCREÁTICA

GELLER, Mauro. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

LUZ, Marianna Silva. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVE: Incretinomiméticos; Pancreatite; Neoplasia Pancreática.

INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, com etiologias diversas, que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de alterações na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. A hiperglicemia crônica do diabetes frequentemente está associada com dano, disfunção e insuficiência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, coração e vasos sanguíneos.

O DM é um dos mais sérios problemas de saúde nos dias atuais, tanto em termos de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações.

O DM2 é a forma verificada em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o defeito na função das células beta estão presentes precocemente na fase pré-clínica da doença. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016).

As novas terapias para tratamento da DM 2 incluem a terapia baseada em incretinas: agonistas do receptor de GLP-1 (exenatida, liraglutida e lixisenatide) e inibidores da DPP4 (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina e linagliptina) que, embora de maneiras diferentes, ambas as classes de medicamentos aumentam a exposição a incretina GLP-1. Em 2006, esses medicamentos foram aprovados pela Anvisa e passaram a ser comercializados no Brasil. Entretanto, como são medicações novas no mercado, não se sabe ao certo os seus possíveis efeitos adversos a longo prazo.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar a segurança do tratamento baseado em incretinas (análogos da incretina GLP-1 e inibidores da enzima DPP-4) em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Específico

Este trabalho tem como objetivo avaliar a segurança dos efeitos do uso de incretinomiméticos no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 através de um levantamento bibliográfico sobre o funcionamento, utilidade e efeitos desses hormônios. O interesse para o desenvolvimento do trabalho surgiu a partir de dados publicados recentemente na literatura científica e nos meios de comunicação questionando a real segurança desses medicamentos em termos de pancreatite e neoplasia pancreática. O desconhecimento dos efeitos em longo prazo e a dificuldade de estudos publicados utilizando esses medicamentos, traz dúvidas sobre sua real segurança e eficácia. Essa revisão bibliográfica procura trazer as discussões e recomendações mais recentes sobre o tema na literatura.

METODOLOGIA

A revisão da literatura incluiu livros e artigos originais, revisões sistemáticas e relatos de casos, publicados entre os anos de 2005 e 2016.

Foram utilizados sete livros, divididos em Tratado de fisiologia médica, Tratado em Endocrinologia clínica e Farmacologia clínica que abordam a temática, em idioma português, disponíveis na biblioteca do Centro Universitário Serra dos Órgãos, publicados no período de 2005 e 2016.

Artigos científicos sobre a temática foram acessados nas bases de dados PubMed (Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e UpToDate.

Os descritores utilizados para a busca de artigos foram: “tratamento baseado em incretinas”, “tratamento diabetes mellitus tipo 2”, “incretinomiméticos”, “segurança dos incretinomiméticos”, “incretinas e pancreatite”, “diabetes mellitus e pancreatite”, “farmacovigilância incretinas”, “incretin treatment and risk of pancreatitis”, “incretin treatment”, “type 2 diabetes mellitus”, “acute pancreatitis in type 2 diabetes”, “hypoglycaemic agents”, “safety and tolerability of sitagliptin”, “GLP-1 therapies”, “safety of incretin”.

DISCUSSÃO

Os hormônios GLP-1 e GIP, peptídeos insulíntrópicos, são capazes de aumentar a secreção de insulina apenas quando a glicemia se eleva e controlar o aumento inadequado do glucagon observado nos diabéticos. Além disso, estão associados a inibição da motilidade gastrointestinal e regulação do apetite. O efeito incretínico é o responsável pela maior redução na glicemia verificada após ingestão oral de glicose, em comparação com a mesma quantidade administrada por via endovenosa em pessoas não diabéticas.

Devido à sua curta meia-vida, foram desenvolvidos os análogos do GLP-1 e os inibidores da DPP-4. O mecanismo destes fármacos consiste no aumento da exposição aos hormônios incretinas (principalmente o GLP-1).

Em 2008, a Food and Drug Administration (FDA) alertou para uma forte associação temporal entre o uso de exenatide e pancreatite com base em 30 relatos de casos de pancreatite aguda. Em 2009, a FDA notificou os profissionais de saúde e pacientes de revisões evidenciando possível relação da Januvia (sitagliptina) e Janumet (sitagliptina/metformina) com pancreatite e neoplasia pancreática.

Descobertas de um grupo de pesquisadores acadêmicos, sugeriram um aumento no risco de pancreatite e alterações celulares em pacientes em tratamento para DM2 com terapias baseadas em GLP-1. Esses achados foram publicados por Butler et al, 2013 no artigo “Marked Expansion of Exocrine and Endocrine Pancreas with Incretin Therapy in Humans with Increased Exocrine Pancreas Dysplasia and the Potential for Glucagon- Producing Neuroendocrine Tumors”. O trabalho cita dois resultados marcantes sobre a inspeção de secções pancreáticas em pessoas diabéticas utilizando incretinas: proliferação celular anormal sugerindo risco de desenvolvimento de neoplasia e aumento do número de células endócrinas em associação com áreas periductais, podendo gerar aumento de pressão no lúmen ductal e conseqüentemente, pancreatite. Em contraste com o estudo acima, em 2014, a FDA e a EMA publicaram no *The New England Journal of Medicine*, um artigo em resposta ao alerta de segurança já divulgado anteriormente, tranquilizando os profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos à base de incretinas. Nessa publicação, as duas instituições se empreendem de forma independente em avaliações sobre a segurança dessas medicações através de relatórios pós-comercialização de pancreatite e câncer de pâncreas em pacientes que utilizam exenatide e sitagliptina.

Em 14 de março de 2013, a Merck, também emitiu uma declaração em resposta ao alerta da FDA sobre o potencial problema de segurança dos análogos do GLP-1 e inibidores da DPP-4. Nesta análise atualizada, não houve diferença na incidência de pancreatite ou câncer pancreático entre pacientes que tomavam sitagliptina e aqueles que não tomaram sitagliptina.

Em novembro de 2010, a revista *Diabetes Care* publicou um artigo sobre o risco de pancreatite aguda em pacientes com DM 2 tratados com exenatide e sitagliptina e em 2011, no *Endocrine Disorders journal*, foi realizada uma análise para avaliação da segurança e tolerabilidade da sitagliptina. Estes estudos confirmaram que a incidência de pancreatite aguda é de aproximadamente duas vezes mais elevadas em pacientes com diabetes tipo 2. No entanto, não encontrou um risco aumentado de pancreatite aguda com exenatida ou sitagliptina.

Em 2013, a AACE (*American Association of clinical endocrinologists*) e a ACE (*American college of education*) publicou um documento representando a posição oficial da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos e do Colégio Americano de Endocrinologia. Nessa discussão, os especialistas chegaram à conclusão que o cenário mais atraente para o câncer é o desenvolvimento de uma combinação de fatores, como obesidade prolongada pelo excesso de ingestão calórica, IGFs, citocinas e moléculas inflamatórias. Não encontraram uma associação comprovada com o uso dos hipoglicemiantes orais e o câncer de pâncreas.

A revista MBJ apresenta uma grande revisão sistemática e meta análise publicada por Ling Li no período de 2005 a 2015 com o objetivo de investigar o risco de pancreatite em pacientes com DM 2 utilizando tratamento à base de incretinas. A evidência disponível sugere que a incidência de pancreatite em pacientes com diabetes tipo 2 em uso de incretinas é baixa e que esses medicamentos não aumentam risco de pancreatite.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão bibliográfica não encontrou nenhuma evidência convincente de estabelecer uma relação causal entre o uso dessas medicações e câncer pancreático ou pancreatite.

Este estudo sugere que o risco desses efeitos adversos pode estar relacionado a afecções concomitantes que são frequentemente encontradas nos pacientes com DM 2, como por exemplo a dislipidemia e a própria diabetes. Além disso, sabe-se que é grande a procura do produto para tratamento da obesidade, indicação não aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que aprovou estes medicamentos apenas para tratamento de DM não insulino dependente;

O presente estudo sugere que os medicamentos referidos devem ser utilizados apenas para o tratamento da DM tipo 2. O uso fora das indicações descritas em bula não possui segurança e eficácia comprovada ou reconhecida pela Anvisa, caracterizando riscos à saúde do paciente.

Pacientes em tratamento com algum destes medicamentos devem ter os marcadores da função pancreática (amilase e lipase) monitorados periodicamente e os médicos que prescrevem essas medicações devem-se atentar para sintomas que possam indicar pancreatite. Havendo confirmação, o medicamento deve ser descontinuado.

Embora a totalidade dos dados que foram revistos fornecem garantia, a pancreatite e a neoplasia pancreática continuarão sendo consideradas um risco associado a esses fármacos, até estarem disponíveis mais dados.

REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **XII Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 5 ed São Paulo: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2016.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-RBM. **Posicionamentos oficiais SBD: Novas perspectivas para o tratamento do diabetes tipo 2: incretinomiméticos e inibidores da DPPIV**. Suplemento Especial no 3, 2007.
3. BUTLER, A.E. et al. **Marked Expansion of Exocrine and Endocrine Pancreas with Incretin Therapy in Humans with increased Exocrine Pancreas Dysplasia and the potential for Glucagon-producing Neuroendocrine Tumors**. Diabetes Journals. 2013; volume 10:9-18

4. LING LI et al. **Incretin treatment and risk of pancreatitis in patients with type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis of randomised and nonrandomised studies.** BMJ 2014; 348:2-19.
5. AMORI, R.E; LAU, J; PITTAS, G.A. **Efficacy and safety of incretin therapy in type 2 diabetes: Systematic Review an Meta-analysis.** JAMA, Vol 298, No 2, 2007.

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO E CARACTERÍSTICAS DO CÂNCER DE ENDOMÉTRIO EM TERESÓPOLIS

GAMA, Carlos Romualdo. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos. SOUZA, Mateus Pereira Santos. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS CHAVE: neoplasia de endométrio; câncer de endométrio; Teresópolis; Epidemiologia

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida da população mundial nestas últimas décadas, doenças com forte relação com o envelhecimento, têm ficado cada vez mais evidentes na sociedade, tornando-as cada vez mais prevalentes, alterando perfil epidemiológico mundial se comparado com de alguns anos atrás.

Entre estes está o câncer de endométrio. Esta neoplasia, que é mais prevalente em países desenvolvidos, vem crescendo em prevalência, chegando em países como Estados Unidos a ser o câncer do órgão reprodutivo feminino mais comum segundo a American Cancer Society, e segundo ela também em 2016, serão diagnosticados cerca de 60050 novos casos de câncer do corpo uterino, e cerca de 10470 mulheres irão a óbito relacionado a câncer de corpo uterino.

Aqui no Brasil o câncer de endométrio apesar de não ser o câncer mais comum do aparelho reprodutivo feminino, ficando atrás de por exemplo câncer de colo de útero, percebe-se um aumento de casos nas últimas décadas, fortemente relacionado aos fatores de risco envolvidos na gênese desta neoplasia. Segundo INCA tivemos no Brasil 1018 óbitos em 2010, e em 2013 este número mostra uma elevação para 1290, mostrando a relevância e a importância de conhecer mais deste em nosso meio.

Visto isso, este trabalho visa levantar um perfil epidemiológico do câncer endometrial em Teresópolis-RJ, utilizando-se dos laudos histopatológicos e considerando aspectos macro e microscópicos.

OBJETIVOS:

Geral

Analisar a incidência do câncer de endométrio em Teresópolis-RJ no período de 01/01/2012 à 01/09/2015.

Específicos

(1). Identificar padrão histológico das pacientes acometidas por câncer de endométrio em Teresópolis. (2). Analisar comparativamente a incidência e as características histológicas das pacientes com câncer de endométrio em Teresópolis-RJ com as descritas na literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico retrospectivo, utilizou-se de laudos histopatológicos do laboratório HE, sendo todas as pacientes do ginecologista Carlos Romualdo B. Gama, no período de 01/01/2012 à 01/09/2015.

Foram utilizadas nesta análise todos os laudos histopatológicos, que comprovavam a neoplasia endometrial e que constavam em seu laudo todos os critérios a serem comparados, sendo estes aspectos macroscópicos: dimensão ou tamanho do maior diâmetro, invasão miometrial, doença associada; e aspectos microscópicos como tipo histológico, endométrio contíguo, invasão do espaço linfovascular, invasão linfonodal, número de linfonodos e grau de arquitetura.

Em seguida foi feita uma análise comparativa dos dados obtidos com os descritos na literatura.

RESULTADOS

O resultado encontrado durante o período estudado confere os seguintes dados sobre o perfil do câncer endometrial em relação às características analisadas da Teresópolis-RJ:

Dimensão ou tamanho do maior diâmetro: Dos 25 laudos avaliados, nenhum apresentou tamanho menor que 2 cm, 15 apresentavam tamanho de 2 a 4 cm, e 10 apresentavam tamanho acima de 4cm.

Invasão miometrial: Dos 25 laudos avaliados, 1 não apresentou invasão do miométrio, 9 apresentaram uma invasão menor que 50% e 15 apresentaram uma invasão maior que 50%.

Outra Patologia no miométrio associada: Dos 25 laudos avaliados, 15 não apresentaram nenhuma outra doença endometrial associada a neoplasia endometrial, 7 apresentaram presença de miomas, 1 apresentou adenomioma e 2 apresentaram qualquer outro tipo de patologia associado ao câncer endometrial.

Tipo histológico: Dos 25 laudos avaliados, 1 correspondia como tipo histológico de adenocarcinoma seroso, 1 correspondia ao adenocarcinoma mucinoso, 2 correspondiam ao carcinoma de células claras, 1 correspondia ao adenocarcinoma misto, e 20 correspondiam ao adenocarcinoma endometriode.

Endométrio contíguo: Dos 25 laudos avaliados, 15 apresentaram endométrio contíguo atrófico, 1 apresentou hipertrofia simples e 9 apresentaram hipertrofia complexa.

Invasão do espaço linfovascular: Dos 25 laudos avaliados 2 apresentavam invasão do espaço linfovascular e 23 não apresentavam invasão do espaço linfovascular.

Invasão linfonodal: Dos 25 laudos avaliados 3 apresentavam alguma invasão linfonodal e 22 não apresentavam invasão de linfonodos.

Número de linfonodos acometidos: Dos laudos que apresentaram algum acometimento linfonodal, 1 apresentou 3 linfonodos acometidos e 2 apresentaram 4 linfonodos acometidos.

Grau arquitetural: Dos 25 laudos avaliados 10 apresentaram grau arquitetural G1, 7 apresentaram grau arquitetural G2 e 3 apresentaram G3 e 5 não foram especificados.

REFERÊNCIAS:

1. American Cancer Society, Endometrial (Uterine) Cancer, Last Medical Review: 2/10/2016. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003097-pdf.pdf>
2. Instituto Nacional de Câncer – Integrador RHC (Registros Hospitalares de Câncer), acessado em 13/08/2016. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/>
3. Bitencourt, LMP. Câncer de endométrio: mortalidade populacional e sobrevida de uma coorte hospitalar, no Rio de Janeiro, Brasil. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública e Meio Ambiente. Rio de Janeiro; 2011
4. Hoffman, Schorge, Schaffer e outros. Ginecologia de Williams 2. ed. Porto Alegre: AMGH EDITORA LTDA; 2014.
5. Câncer de Endométrio. Critérios de Adequação do ACR. Colégio Brasileiro de Radiologia.1999. Acessado em 13/08/2016. Disponível em: http://cbr.org.br/wp-content/biblioteca-cientifica/v2/04_01.pdf
6. Emma Crosbie, Jo Morrison. The emerging epidemic of endometrial cancer: time to take action [editorial]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;(12): 10.1002/14651858.ED000095
7. Valejo, Fernando Antonio Mourão; Tiezzi, Daniel Guimarães. Tratamento do câncer de endométrio. Femina, Rio de Janeiro, v. 37, p. 603-610, 2009. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2009/v37n11/a003.pdf>

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE TESTOSTERONA NO HIPOGONADISMO MASCULINO TARDIO E RISCOS CARDIOVASCULARES. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

MELUZZI, Matheus Pedroso. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PEREZ, Mario Castro Alvarez. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

PALAVRAS-CHAVE: Testosterona; homens; doenças cardiovasculares; aterosclerose; doença arterial coronariana.

INTRODUÇÃO

Climatério viril, hipogonadismo masculino tardio ou insuficiência androgênica parcial do idoso são termos referentes a um mesmo quadro clínico, caracterizado pela redução na produção da testosterona, o principal hormônio androgênico masculino. A validade do termo “andropausa” vem sendo discutida devido à sua semelhança aparente à “menopausa” que designa redução nos níveis hormonais sexuais em mulheres como resultado da falência gonadal e perda súbita da fertilidade, sendo que no homem esta é mantida. Em 1994, no Congresso da Sociedade Austríaca de Andrologia, foi sugerido o termo “*parcial androgen deficiency of the aging male*” para afastar errôneas associações. O déficit androgênico aumenta com o passar dos anos, decorrendo de um declínio anual de 0,4-2,0% de testosterona circulante; sendo em homens de meia-idade a incidência encontrada de 6%, prevalecendo nos homens idosos, obesos, com comorbidades múltiplas e precariedade no estado de saúde. (Dohle et al., 2012). O resultado deste déficit hormonal correlaciona-se com a qualidade de vida dos homens idosos, diminuindo a força e massa muscular, reduzindo a libido, o desempenho sexual e a densidade mineral óssea, aumentando percentual corpóreo de gordura, o risco de osteoporose e a incidência de déficits na cognição e, não menos importantes, alterações do humor (Vermeulen, 2000).

OBJETIVOS

Geral

Estudo de reposição de testosterona no hipogonadismo masculino tardio.

Específico

O objetivo deste estudo foi de avaliar a literatura científica através do levantamento e análise de artigos publicados em revistas indexadas a fim de atualizar as informações acerca da correlação entre a reposição de testosterona em pacientes com hipogonadismo masculino tardio e os riscos cardiovasculares

METODOLOGIA

Este estudo foi elaborado com base em revisões de literatura. As referências utilizadas foram artigos de revistas científicas pesquisadas nos bancos de dados MEDLINE, Academic Search Elite, Scientific Electronic Library Online – SciELO, PubMed e EBSCO, com as seguintes palavras chave: “testosterone replacement therapy and cardiovascular risks”, “hypogonadism of the aging male and testosterone replacement”, “hipogonadismo masculino tardio e reposição de testosterona”, “reposição de testosterona e risco cardiovascular” e “hipogonadismo masculino tardio”.

DISCUSSÃO

A terapia crônica de reposição de testosterona em doses fisiológicas apresenta efeitos protetores ao coração em estudos de isquemia/reperfusão cardíaca em cobaias (Lloyd-Jones, 2010).

A administração da testosterona exógena mostrou-se efetiva ao diminuir extensão da área que sofreu infarto, melhorando contratilidade, reduzindo síntese de desidrogenase lática, elevando a viabilidade das células miocárdicas, reduzindo incidência de eventos arritmogênicos, melhorando a auto regulação cardíaca pós processo de isquemia/reperfusão (Carson, 2012).

Esses benefícios da testosterona ocorrem, provavelmente, por meio do estímulo e expressão de alfa-1-adrenoreceptor, aumento da síntese de Hsp70, incremento da vascularização e das células tronco CD34 β e citocinas HIF-1-alfa, SDF-1-alfa e, fator endotelial de crescimento vascular nos primeiros estágios do infarto do miocárdio. Além disso, pode ser que a testosterona realize importante papel na manutenção a homeostase do cálcio intracelular durante o estresse da isquemia (Vigen, 2013).

Porém, estudos sugerem que reposição terapêutica de testosterona possa causar efeitos adversos na isquemia/reperfusão ao diminuir níveis de proteínas cardioprotetoras sinalizadoras como as STAT-3 SOCS-3 e, também, reduzindo a ativação da Akt, da “Bad” fosforilação e reduzindo níveis de Bcl-2, que agravaria a depressão da função miocárdica pós isquemia (Basaria, 2010).

Em um recente estudo randomizado de triagem, de duração de seis meses, com 209 homens de idade maior ou igual a 65 anos com alta prevalência de riscos cardiovasculares, 23 tratados com gel de testosterona apresentaram efeitos cardiovasculares adversos em comparação com cinco que receberam placebo ($p= 0.05$) (XuL et al., 2013).

Foram identificados marcadores clínicos e bioquímicos relacionados ao aumento da incidência de doenças cardiovasculares, como elevado índice metabólico basal, dislipidemias e alterações da coagulação, hipertensão arterial sistêmica, resistência insulínica e inflamação (Saad, 2012).

Um estudo correlacionando concentração sérica de testosterona e dosagem de proteína-c-reativa concluiu que baixos níveis daquela coexistem com elevados níveis desta (Kaplan et al., 2010).

A gravidade da doença coronariana avaliada em mais de 75% de estenose de um, dois ou três vasos foi associada a significativa elevação sérica de interleucina-1-beta e redução de interleucina-10 e baixos níveis de testosterona (Nettleship et al., 2007).

A redução nos níveis de testosterona é relacionada à maior incidência de aterosclerose, especialmente das artérias carótidas (Muller et al., 2004).

Baixos níveis de testosterona estão associados a espessura das camadas íntima-media das carótidas independentemente de outros riscos cardiovasculares, e a sua redução ocorre na reposição de testosterona terapêutica (Aversa et al., 2010).

Um estudo prospectivo de coorte avaliou o acompanhamento de 1687 homens numa clínica de andrologia e revelou que baixa testosterona sérica está ligada a elevada mortalidade por eventos cardiovasculares graves (Militaru et al., 2010).

A administração de testosterona intramuscular correlacionou-se com a redução dos valores do HDL-C. Nos pacientes de maior idade e com maior tempo de tratamento, esse efeito na diminuição do HDL-C foi menos notável (NE = 2) (Whitsel et al., 2001).

Não se observou diferenças no perfil lipídico em pacientes com hipogonadismo tratados com testosterona transdérmica (NE = 3 e 2, respectivamente) (Snyder et al., 2001).

Em homens com hipogonadismo, a reposição de testosterona, tanto IM quanto transdérmica, provocou diminuição do HDL-C e elevação da relação colesterol total/HDL-C. A testosterona IM, porém não a transdérmica, reduziu os valores do colesterol total quando em comparação ao estado hipogonádico. Não foi observada diferença no perfil lipídico entre as duas apresentações (NE = 3) (Dobs et al., 2001).

Em uma metanálise de 30 estudos randomizados, placebos-controlados, incluindo 1.642 homens, 808 sendo tratados com testosterona nas fórmulas disponíveis no mercado (IM, transdérmica, bucal e oral), evidenciaram efeitos desprezíveis da utilização da testosterona perfil lipídico, níveis pressóricos arteriais e controle da glicemia (NE = 1) (Haddad et al., 2007).

O risco de doença arterial coronariana é influenciado positivamente pelo grau de agregabilidade plaquetária e níveis de fatores trombogênicos, como PAI-1, fator VII e fibrinogênio. Os valores de testosterona circulante correlacionaram-se negativamente com fator VII e fibrinogênio em homens com DAC (NE = 4) (Philips et al., 1994).

A administração de testosterona a 32 homens saudáveis, participantes de um estudo de contracepção masculina, provocou uma diminuição sustentada do fibrinogênio em 15% a 20% (23) (NE = 3). Por outro lado, a reposição de testosterona exógena tem demonstrado aumentar a agregabilidade plaquetária (NE = 2). Dessa forma, a reposição de testosterona mostra resultados tanto pró-fibrinolíticos quanto pró-agregantes, sendo sua influência na formação de trombos o resultado do balanço desses dois efeitos (Anderson et al., 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional evidencia importante aumento na prevalência de doenças cardiovasculares, emergindo, assim, a necessidade de avaliar novos fatores de risco não

tão comuns, como a busca pelo papel da testosterona na patogênese do sistema cardiovascular. As atuais informações mostram que a testosterona endógena exerce um efeito neutro e/ou benéfico no sistema cardiovascular do homem, enquanto a testosterona exógena apresenta crescentes dúvidas, uma vez que os resultados dos estudos são bastante distintos na dependência dos valores de base desse hormônio no momento da reposição, da dose administrada e da idade do paciente tratado.

Os resultados dos estudos não apresentam homogeneidade, muitos deles apresentando falhas metodológicas importantes, como um pequeno número de participantes e populações pré-selecionadas. Faz-se necessário que novos estudos avaliem o papel da testosterona na doença cardiovascular nos homens, especialmente os prospectivos, randomizados e multicêntricos, para que conclusões mais fidedignas sobre o papel desse andrógeno no sistema cardiovascular masculino possam ser retiradas.

REFERÊNCIAS

1. Vermeulen A. Andropause. **Maturitas** 2000;15:5-15
2. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, DeSimone G, Ferguson TB, Ford E, Furie K, Gillespie, et al., American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics. Executive summary: heart disease and stroke statistics – 2010; Update: a report from the American Heart Association. **Circulation** 2010;121:948–954.
3. C.C. Carson 3rd, G. Rosano, Exogenous testosterone, cardiovascular vents, and cardiovascular risk factors in elderly men: a review of trial data. **J. Sex Med** 2012; 9(1), 54–67 .
4. Vigen R, O'Donnell CI, Barón AE, et al. Association of testosterone therapy with mortality, myocardial infarction, and stroke in men with low testosterone levels. **JAMA**. 2013;310(17): doi.10.1001/JAMA.2013.280386
5. Basaria S, Coviello AD, Travison TG, et al. Adverse events associated with testosterone administration. **N Engl J Med**. 2010;363(2):109-122.
6. XuL,FreemanG,CowlingBJ,SchoolingCM. Testosterone therapy and cardiovascular events among men:a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. **BMC Med**. 2013;11:108.
7. (Saad F. Androgen therapy in men with testosterone deficiency: can testosterone reduce the risk of cardiovascular disease? **Diabetes Metab Res Rev** 2012; 28 Suppl 2: 52–9.
8. Kaplan SA, Johnson-Levonas AO, Lin J, Shah AK, Meehan AG. Elevated high sensitivity C-reactive protein levels in aging men with low testosterone. **Aging Male** 2010; 13: 108–12.

9. Nettleship JE, Pugh PJ, Channer KS, Jones T, Jones RD. Inverse relationship between serum levels of interleukin-1beta and testosterone in men with stable coronary artery disease. **Horm Metab Res** 2007; 39: 366–71.
10. Muller M, van den Beld AW, Bots ML, Grobbee DE, Lamberts SW, et al. Endogenous sex hormones and progression of carotid atherosclerosis in elderly men. **Circulation** 2004; 109: 2074–9.
11. Aversa A, Bruzziches R, Francomano D, Rosano G, Isidori AM, et al. Effects of testosterone undecanoate on cardiovascular risk factors and atherosclerosis in middle-aged men with late-onset hypogonadism and metabolic syndrome: results from a 24-month, randomized, double-blind, placebo-controlled study. **J Sex Med** 2010; 7: 3495– 503.
12. Militaru C, Donoiu I, Dracea O, Ionescu DD. Serum testosterone and short-term mortality in men with acute myocardial infarction. **Cardiol J** 2010; 17: 249–53.
13. Whitsel EA, Boyko EJ, Matsumoto AM, Anawalt BD, Siscovick DS. Intramuscular testosterone esters and plasma lipids in hypogonadal men: a meta-analysis. **Am J Med.** 2001;111(4):261-9.
14. Snyder PJ, Peachey H, Berlin JA, Hannoush P, Haddad G, Dlewati A, et al. Effects of testosterone replacement in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(8):2670-7) e Howell e cols. (Howell SJ, Radford JA, Admas JE, Smets EMA, Warburton R, Shalet SM. Randomized placebo-controlled trial of testosterone replacement in men with mild Leydig cell insufficiency following cytotoxic chemotherapy. **Clin Endocrinol (Oxf).** 2001;86:4078-88.
15. Dobs AS, Bachorik PS, Arver S, Meikle AW, Sanders SW, Caramelli KE, et al. Interrelationships among lipoprotein levels, sex hormones, anthropometric parameters, and age in hypogonadal men treated for 1 year with a permeation-enhanced testosterone transdermal system. **J Clin Endocrinol Metab.** 2001;86(3):1026-33.
16. Haddad RM, Kennedy CC, Caples SM, Tracz ML, Boloña ER, Siders K, et al. Testosterone and cardiovascular risk in men: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. **Mayo Clin Proc.** 2007;82(1):29-39.
17. Philips GB, Pinkernell BH, Jing TY. The association of hypotestosteronemia with coronary artery disease in men. **Arterioscler Thromb Vasc Biol.** 1994;14(5):701-6.
18. Anderson RA, Ludlam CA, Wu FCW. Haemostatic effects of supraphysiological levels of testosterone in normal men. **Thromb Haemost.** 1995;74(2):693-7.

ESTUDO DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR NA ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL COM OCLUSÃO OSTIAL

MARCHIORI, André. Docente do Curso de Graduação em Medicina.

OLIVEIRA, Maysa Ramos. Discente do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Arterial Obstrutiva Periférica; Lesão Ostial de Artéria Femoral Superficial; Procedimento Endovascular de Revascularização;

INTRODUÇÃO

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) é um importante problema de saúde pública, responsável por impactos negativos na qualidade de vida de um grande número de pacientes e por considerável prejuízo econômico. Afeta 20% da população com mais de 70 anos e 3 a 6% com menos de 60 anos. De acordo com estudo de Framingham, a incidência média anual de DAOP sintomática é de 26 por 10.000 homens e de 12 por 10.000 mulheres, havendo taxas maiores de incidência com o aumento da idade. A prevalência da doença assintomática varia entre 0,9 e 22%, segundo vários estudos, sendo observado que para cada doente com claudicação intermitente há outros três com doença assintomática.¹

A DAOP tem como principal evento fisiopatológico o desenvolvimento e progressão da aterosclerose. Fatores de risco cardiovasculares como tabagismo, diabetes, hipertensão, hiper-homocisteinemia e dislipidemia causam lesão endotelial levando a um conjunto de eventos envolvendo adesão plaquetária, inflamação, ativação de células musculares lisas e depósitos de gordura na camada íntima da artéria resultando em processos vasculares degenerativos com espessamento e enrijecimento da parede vascular.^{2,3} A placa de ateroma, formada com esses processos, cresce lenta e progressivamente, diminuindo o fluxo sanguíneo e levando à isquemia os tecidos distais à oclusão.

As manifestações clínicas nos membros inferiores variam de acordo com a localização, extensão, grau de oclusão arterial e capacidade de formação de rede colateral. Os pacientes com doença arterial periférica crônica de membros inferiores podem ser clinicamente estáveis e assintomáticos, podem ter sintomas atípicos ou então o típico sintoma de claudicação intermitente (CI).⁴ A CI se dá pela diminuição relativa do fluxo sanguíneo que se torna incapaz de atender a demanda muscular e é caracterizada por dor prolongada, câibra ou sensação de aperto nos músculos das pernas ao caminhar e aliviada pelo descanso. De acordo com a classificação de Fontaine, a DAOP ocorre em quatro estágios clínicos: assintomáticos, claudicação intermitente, dor isquêmica em repouso e presença de lesão trófica, caracterizada pela existência de úlcera, necrose ou gangrena na extremidade.⁵ Esses dois últimos (classes III e IV de Fontaine) representam um quadro de isquemia crítica dos membros inferiores e oferecem grande risco de perda da extremidade. Uma amputação maior seria esperada dentro de 6 a 12 meses na ausência de melhora hemodinâmica significativa.⁶

A indicação do tratamento é baseada nas manifestações clínicas, segundo a classificação de Fontaine e Rutherford e a opção pela técnica endovascular baseada na classificação anatômica segundo o TASC II (Intersociety-consensus for the management of peripheral arterial disease).⁷

Casos de lesões ostiais oclusivas da artéria femoral superficial (flush occlusion) acrescentam um importante desafio terapêutico, visto que essas lesões normalmente são indicativas de procedimento vascular convencional, na literatura, por dificuldades técnicas como dificuldade de localização da artéria a ser recanalizada e complicações relacionadas. No entanto, com o constante desenvolvimento de materiais e técnicas torna-se possível abordar lesões complexas pela técnica endovascular, como é o caso da oclusão ostial de artéria femoral superficial.

Apesar deste avanço, poucos dados na literatura têm demonstrado individualmente os resultados trans e pós-operatórios neste tipo de procedimento quando não se visualiza o coto da artéria a ser recanalizada. Com isso torna-se importante identificar os resultados deste tipo menos agressivo de abordagem das oclusões em femoral superficial.

OBJETIVOS

Geral

Demonstrar o impacto do procedimento endovascular de revascularização de pacientes com lesão ostial oclusiva de artéria femoral superficial, determinando fatores técnicos e resultados relacionados.

Específico

Estudar a factibilidade do procedimento de recanalização por técnicas endovasculares nas lesões ostiais oclusivas de artéria femoral superficial.

Acadêmico

Apresentar requisito para obtenção do grau de médico na faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional e retrospectivo de pacientes portadores de doença arterial obstrutiva periférica com lesões ostiais de artéria femoral superficial que foram submetidos a cirurgias endovasculares no período de 2009 a 2016.

A amostra estudada contou com 208 pacientes portadores de DAOP, com lesões ostiais oclusivas da artéria femoral superficial, do sexo masculino e feminino, com idade variando entre 56 e 89 anos, diabéticos ou não, que foram submetidos a cirurgias endovasculares no Hospital das Clínicas Constantino Ottaviano (HCTCO) no município de Teresópolis, no Hospital Doutor Beda no município de Campos de Goytacazes, e no Hospital Riomar no município do Rio de Janeiro.

A análise de dados foi realizada a partir dos dados obtidos através da consulta ao prontuário médico e da análise de angiografias do pré e pós-operatório.

RESULTADOS

Foram estudados 208 pacientes com lesões oclusivas ostiais da artéria femoral superficial. Destes pacientes, 82% apresentavam classificação de TASC D e 18% TASC C. 193 pacientes (92,8%) dos pacientes encontravam-se com quadro de isquemia crítica com ou sem lesão trófica no momento do procedimento proposto. A taxa de sucesso após o procedimento primário foi de 95,2%, com média de implante de 2,6 stents no grupo tratado. Houve em 13% dos casos a utilização de sistemas de reentrada. Nos casos de impossibilidade de recanalização anterógrada, foi realizada a abordagem retrógrada com acesso poplíteo perfazendo 7,2% dos casos de sucesso técnico. A taxa de complicações como hematoma, infecção e ruptura, foi menor que 3%, não havendo nenhuma amputação relacionada.

CONCLUSÕES

Nesse estudo demonstrou-se sucesso do procedimento de revascularização endovascular no tratamento de pacientes com oclusão ostial de artéria femoral superficial. A constante inovação de técnicas e materiais, como uso de cateteres de reentrada, abordagem retrógrada, entre outros, favoreceu a realização da cirurgia endovascular mesmo em lesões complexas, como é o caso das OOAFS, com bons resultados cirúrgicos imediatos. Os dados aqui obtidos exemplificam o aumento do espectro de indicações na intervenção endovascular do território fêmoro-poplíteo inclusive em pacientes TASC D conforme tendência mundial, com excelentes resultados iniciais. O seguimento futuro deste trabalho trará ainda mais dados frente ao impacto desta técnica para o salvamento dos membros abordados destes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Yoshida RA, Matida CK, SObreira ML, Gianini M, Moura R, Rollo HA et al. Estudo comparativo da evolução e sobrevida de pacientes com claudicação intermitente, com ou sem limitação para exercícios, acompanhados em ambulatório específico. *J Vasc Bras*. 2008; 7(2): 112-122.
- 2- Heinen Y, Stegemann E, Sansone R, Benedens K, Wagstaff R, Balzer J et al. Local association between endothelial dysfunction and intimal hyperplasia: relevance in peripheral artery disease. *J Am Heart Assoc*. 2015; 4(2): 2-9.
1. 3-Gottlieb MG, Bonardi G, MOriguchi EH. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. *Scientia Medica*. 2005; 15(3): 203-207.
2. 4-Goldman L, Ausiello DA, Sudré AP. *Cecil medicina*. vol. 1. 23.ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2009.
3. 5- Pinto DM, Mandil A. Claudicação intermitente: do tratamento clínico ao intervencionista. *Rev Bras Cardiol Invas*. 2005; 13(4): 261-269.

4. 6- Frankini AD, Frankini A. Tratamento cirúrgico na doença aterosclerótica aorto-ilíaca e dos membros inferiores. Rev Soc Cardiol Rio Grande do Sul. 2004; 13(2): 1-6.
5. 7- Lourenço MA, Handa GI. Crioplastia para tratamento da doença arterial fêmoro-poplítea. J Vasc Bras. 2011; 10 (3): 205-210.

DOENÇA PERIODONTAL E SUA RELAÇÃO COM PREMATURIDADE

VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral. Docente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

MOREIRA, Natália de Lacerda. Discente do Curso de Graduação em Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para a morbimortalidade infantil e para a invalidez, principalmente em países em desenvolvimento. A prevenção da prematuridade é assunto que merece ser discutido diuturnamente no âmbito das escolas de Medicina, de eventos científicos, principalmente em obstetrícia, e nos gabinetes dos gestores da saúde. Trata-se de belo exemplo onde gastar menos significa aplicar mais em prevenção.

Nosso sistema de dados ligado ao Ministério da Saúde do Brasil, o DATASUS, permite uma análise no período de 5 anos quando nos referimos aos partos prematuros. A Tabela 1 estratifica a ocorrência em todo o Brasil, mostrando claramente uma tendência de aumento do número de partos prematuros nas três faixas de idade gestacional que utilizadas para tabulação: 22 – 27 semanas; 28 – 31 semanas e 32 – 36 semanas. (¹)

TABELA 1 – Distribuição da prematuridade entre 2009 e 2013 de acordo com as faixas de idade gestacional segundo o DATASUS (¹)

	2009	2010	2011	2012	2013
22 – 27 semanas	11 507	11 467	13 277	13 749	14 198
28 – 31 semanas	20 899	20 717	27 910	30 316	30 548
32 – 36 semanas	167 893	170 446	242 760	299 063	287 125

Mas podemos também analisar o que acontece em nosso estado e em nossa cidade, e, também do sistema de dados DATASUS, retiramos a informação que neste mesmo período aconteceram 804 casos de parto prematuro que foram notificados, conforme pode ser visto na Tabela 2. Cabe aqui a ressalva que, com certeza, existem casos que não foram registrados adequadamente no documento obrigatório que é a Declaração de Nascido Vivo. (²)

TABELA 2 – Avaliação do percentual de prematuros no estado do Rio de Janeiro e na cidade de Teresópolis entre 2013 – 2010. (DATASUS).

	Partos Estado	Prematuros	Partos Teresópolis	Prematuros
2013	224 031	11,5% 22 – 27 sem -1 236 28 – 31 sem -2 696 – 36 sem -22 32 000	2 357	10,86% 22 – 27 sem -8 28 – 31 sem - 21 32 – 36 sem - 227
2012	222 859	12,0% 22 – 27 sem -1214 28 – 31 sem -2 781 – 36 sem -22 32 875	2 236	11,1% 22 – 27 sem -12 28 – 31 sem - 29 32 – 36 sem - 208
2011	220 603	9,6% 22 – 27 sem -1053 28 – 31 sem -2 247 – 36 sem -17 32 953	2 230	8,8% 22 – 27 sem - 8 28 – 31 sem - 21 32 – 36 sem – 169
2010	215 262	7,9% 22 – 27 sem -999 28 – 31 sem - 1916 – 36 sem - 32 14096	2 200	6,8% 22 – 27 sem -14 28 – 31 sem - 15 32 – 36 sem - 121

Esta tabela permite inferir que temos uma média de 213 partos prematuros por ano, 17 por mês e 0,59 por dia. Na realidade não passamos uma semana sem no mínimo 4 casos de prematuridade, considerando as 36 semanas como limite superior.

Várias são as causas que são responsáveis pela prematuridade. A literatura reafirma que as infecções geniturinárias são as mais prevalentes, mas outras possibilidades podem receber a culpa da interrupção prematura da gestação.

A doença periodontal é o resultado da interação entre o biofilme dental e os tecidos periodontais. (³)

JUSTIFICATIVA

Quando passamos pelo estágio de internato na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis, chamou nossa atenção a quantidade de trabalhos de parto prematuro, assim como a prematuridade já sem controle. Ao estudar as possíveis causas destas intercorrências, descobrimos que as patologias orais tinham sua importância, principalmente a doença periodontal.

OBJETIVOS

Principal

Relacionar a prematuridade com a presença de doença periodontal em população atendida na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis

Secundários

Fazer levantamento bibliográfico sobre o tema. Entrevistar as pacientes com prematuridade durante período do estudo. Fazer proposta preventiva para evitar a interrupção prematura da gestação em pacientes com a patologia oral.

METODOLOGIA

A metodologia aplicada foi de um estudo descritivo através uma coleta de dados entre 04 de abril e 23 de julho de 2016 na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, na forma de entrevistas realizadas com as puérperas, antes de sua alta. Após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, as pacientes respondiam perguntas relacionadas com a cavidade oral, com foco nos dentes.

A preocupação da pesquisadora foi a presença de cáries, de dor de dente durante a gestação, de doença periodontal, e se havia procurado o dentista para solucionar um problema ou por mera rotina.

Uma revisão sobre a doença periodontal foi realizada nos mecanismos de busca mais corriqueiros como o PubMed, o LiLacs e o Medline. Esta revisão permitiu uma atualização do tema e uma comparação com resultados de outros autores.

RESULTADOS

Os resultados tabulados após o término das 129 entrevistas realizadas estão demonstrados na Tabela 4.

TABELA 4 – Resultados da pesquisa após as entrevistas.

	Números absolutos	percentual
Cárie	23	17,8
Dor de dente	67	51,9
Doença periodontal	34	26,3
Visita ao dentista	52	40,3

Podemos observar que metade das pacientes cursou a gestação com pelo menos um episódio de dor de dente. A doença periodontal foi citada em mais de 26%, e a cárie conhecida em cerca de 17%

DISCUSSÃO

Nossos resultados foram comparados com a literatura disponível sobre o tema. Os resultados não permitiram uma relação direta com a prematuridade ou com o crescimento intrauterino restrito. O que pode ser observado foi um alto índice de patologias orais no pré-

natal da cidade. O percentual de cerca de 26% de doença periodontal com certeza está subestimado, pois nosso trabalho não fez o exame odontológico, e sim ouviu a impressão das pacientes. Em outros os autores relacionam a patologia oral com ambos os desenlaces obstétricos.

Chakki et al. (⁴) relacionaram a doença periodontal com fetos de baixo peso, e não com a prematuridade. Estudaram 62 gestantes primigestas, sendo que 12 delas deram a luz à recém-natos com baixo peso. Estes dois grupos foram correlacionados com a presença de doença periodontal, e com significância estatística ($p < 0.0005$) informam a relação entre causa e efeito.

Bassani et al. (⁵), também com a mesma ótica do trabalho anterior, realizaram estudo caso-controle para avaliar a relação prematuridade e baixo peso a o nascer com a periodontite. Os autores utilizaram 304 pacientes e 611 controles. Os critérios da doença foram presença em pelo menos lugares, com mais de 3 cm de profundidade. Os resultados não relacionaram a doença oral com as complicações obstétricas. Preferiram admitir que outros fatores tinham mais importância.

Piscoya et al. (⁶) conduziram seu estudo para a prematuridade. Realizaram com 718 puérperas, em estudo caso-controle, que comparou 360 casos de prematuridade com 358 no grupo controle. A doença periodontal foi definida como uma profundidade de 4 mm de doença em pelo menos 4 dentes. Os resultados mostraram uma relação direta da doença oral com a prematuridade: Odds ratio = 6,95 (3,69-13,09).

Ainda usando somente a prematuridade como desfecho, Moreno (⁷) acompanharam 180 pacientes em cidade de São Paulo, e após análise multivariada que afastou variáveis de confusão, concluíram que a periodontite aumenta em 3,2 vezes o risco da prematuridade nesta população.

Como exemplo da associação com os dois desfechos, temos o artigo de Abati et al (⁸) realizado na Itália. Os autores estudaram 750 pacientes que estavam até no 5º dia do puerpério. Todas essas mulheres haviam tido seus filhos com menos de 2 500 g e/ou com idade gestacional abaixo de 37 semanas. Todas elas foram submetidas a exame oral, e os resultados mostraram uma relação significativa com a prematuridade e o baixo peso, quando se fazia o diagnóstico de doença periodontal.

CONCLUSÕES

Tendo em vista esta primeira impressão da incidência das patologias orais, principalmente a doença periodontal, e não perdendo de vista que a prematuridade e a rotura prematura de membranas é evento comum em nosso meio, nossa sugestão é que no futuro se dê mais importância a estas patologias.

Como nosso Centro Universitário possui uma unidade de Odontologia, sugerimos também que um contato direto seja feito pelos atores envolvidos neste processo, para que nossas gestantes possam receber, gratuitamente, pelo menos uma visita ao odontologista para uma avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - DATASUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; visualizado em 2016. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
- 2 - Freitas PF, Araújo RR. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015; 15(3): 309-16.
- 3 - Naves RC, Novaes VM, Sadigunsky LM, Viana, AMV. Doença periodontal em mães com parto prematuro/recém nascidos com baixo peso: estudo piloto. *Innovations Implant Journal: Biomaterials and Esthetics*. 2009; 4(3): 40-5.
- 4 - Chakki BA, Ealla KR, Hunsingi P, Kumar A, Manidanappanavar P. Influence of maternal periodontal disease as a risk factor for low birth weight infants in Indian population. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2012; 13(5): 676-80.
- 5 - Bassani DG, Olinto MT, Kreiger N. Periodontal and perinatal outcomes: a case-control study. *Journal of Clinical Periodontology*. 2007; 34(1): 31-9.
- 6 - Piscoya MD, Ximenes RA, Silva GM, Jameli SR, Coutinho SB. Maternal periodontitis as a risk factor for prematurity. *Pediatrics International*. 2012; 54(1): 68-75.
- 7 - Moreno ACAV. Frequência de doença periodontal em gestantes com parto prematuro: realizada no serviço de assistência médica de Barueri – São Paulo. Dissertação (Mestrado em Periodontia). Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic. Campinas. 2008. 93p.
- 8 - Abati S, Villa A, Cetin L, Dessole S, Lugliè PF, Strohmenger L, et al. Lack of association between maternal periodontal status and adverse pregnancy outcomes: a multicentric epidemiologic study. *The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine*. 2013; 26(4): 369-72.

A TUBERCULOSE PULMONAR QUE AINDA EXISTE – DIFERENTES FORMAS DE EVOLUÇÃO E CURA

Saavedra, Natan Campos. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

Oliveira, Paulo Cesar de. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

PALAVRAS CHAVES: Tuberculose, Sequelas, Imagens radiográficas, Imagenstomográficas

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, sendo uma das mais antigas doenças conhecidas pela humanidade que tem como agente microbiano causador o *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado de “Bacilo de Koch”(BK) em homenagem a seu descobridor Robert Koch em 1882. A transmissão ocorre a partir de um indivíduo portador da doença que apresente bacilos no escarro. No ato de espirrar, falar ou tossir, os bacilos são expelidos em microscópicas gotículas que, quando aspiradas por um indivíduo sadio, vencem a barreira de defesa da árvore respiratória e se depositam no alvéolo, iniciando o processo patológico. O quadro clínico é bastante variado e depende se o indivíduo esta sendo infectado pela primeira vez ou se foi reinfestado. Normalmente a primo-infecção ocorre na infância. Nesses pacientes a radiografia de tórax se apresenta sem alterações na grande maioria dos casos. Caso esta infecção progrida para doença, a evolução do processo pode ser do polo parenquimatoso ou do polo ganglionar. É assim denominada de tuberculose primária. A tuberculose pós-primária pode ocorrer de duas formas. Chamamos de tuberculose de reativação endógena quando a doença se desenvolve a partir de um foco anteriormente latente. Caso a reinfecção seja devido a uma nova contaminação externa, chamamos de tuberculose de reinfecção exógena.

As manifestações clínicas são inespecíficas, normalmente observa-se queda do estado geral, inapetência, emagrecimento e febre baixa vespertina acompanhada de sudorese e tosse produtiva com ou sem hemoptoicos. Na radiografia de tórax observamos consolidações e cavitações que acometem principalmente os ápices pulmonares. Através da corrente sanguínea a tuberculose pode ainda comprometer órgãos extrapulmonares, geralmente em localizações onde há oxigênio e nutrientes que favorecem a evolução do bacilo. Dentre estas temos o córtex renal e cerebral, adrenais, ossos longos, vértebras, endométrio, ovários, testículos. O BK pode ainda se disseminar por contiguidade para a pleura, pericárdio, peritônio e de forma canicular, através da árvore brônquica, afetando o pulmão em diferentes locais. As manifestações clínicas vão depender de qual sítio extrapulmonar foi afetado. Atualmente dispomos de diversos métodos para definir o diagnóstico de Tuberculose. A bacteriologia é um deles, com o encontro de bacilos em diferentes tipos de materiais como escarro, sangue, líquido pleural e meníngeo, lavado brônquico e gástrico, pus, material de biópsia e etc. O diagnóstico pode ser realizado

pela baciloscopia direta ou através de cultur. A prova tuberculínica, também chamada de “Reação de Mantoux”, consiste na inoculação intradérmica de uma fração proteica purificada, chamada de “PPD”, é responsável por uma reação de hipersensibilidade tardia. Uma prova tuberculínica positiva caracteriza a presença de infecção pelo microrganismo, não traduzindo necessariamente a doença. Dizemos que o exame é positivo quando ocorre o aparecimento de uma endureção no local da introdução da tuberculina após a aplicação, chegando ao seu máximo em até 72 horas. O exame radiológico é importante sendo especialmente útil para afastar a possibilidade de outras doenças pulmonares associadas que careçam de tratamento e para acompanhamento da evolução do paciente. Os exames radiológicos são representados pelo radiograma simples do tórax e tomografia computadorizada. A transmissibilidade da tuberculose ocorre desde os primeiros sintomas respiratórios e rapidamente cai após iniciado o tratamento efetivo. Normalmente o tratamento é feito em regime ambulatorial. Em algumas situações especiais a hospitalização pode ser recomendada, como nos casos de meningoencefalite tuberculosa, estado geral severamente comprometido, intolerância aos medicamentos anti-TB incontrolável em ambulatório ou intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de procedimento em unidade hospitalar. A partir de 2009, foi implantado o atual protocolo de tratamento da tuberculose em adultos e crianças maiores de 10 anos. A apresentação farmacológica do Esquema Básico passa a ser com doses de medicação fixas e combinadas. O tratamento é indicado para todos os novos casos em adultos e adolescentes (maiores de 10 anos) de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar, exceto a forma meningoencefálica, infectados ou não pelo HIV. Também é indicado nos casos de recidiva ou retorno após abandono do tratamento com doença ativa. O tratamento completo é realizado em seis meses. Nos 2 primeiros meses é feita a fase intensiva com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Após esse período é realizada a fase de manutenção por 4 meses com Rifampicina e Isoniazida. A tuberculose é uma doença perfeitamente curável desde que tratada adequadamente, respeitando-se as drogas de escolha, suas respectivas doses padronizadas e o tempo de duração do tratamento. Na evolução da doença podemos observar diferentes formas de cura que variam de acordo com alguns fatores, que incluem a competência do sistema imune do doente, o nível de resposta do organismo ao tratamento, até o estado nutricional do paciente. A doença pode evoluir para cura plena com total resolução das lesões pulmonares que caracteriza a chamada cura absoluta. Contudo, a doença pode curar deixando determinadas sequelas que modificam a arquitetura do parênquima pulmonar com lesões fibróticas residuais de diferentes intensidades.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica realizada acerca da tuberculose pulmonar, com especial atenção às manifestações clínicas, os recursos de diagnóstico, o esquema atual de tratamento e apresentar, a título de ilustração, uma documentação de imagem de múltiplos casos, que demonstram as diferentes formas de cura desta enfermidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, teórica, baseada no levantamento bibliográfico com base em fontes relacionadas à Tuberculose Pulmonar, apresentando uma revisão abrangente da evolução da doença, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento atual e as diferentes formas de sequelas pulmonares que a doença pode deixar após a cura, que foram ilustradas por imagens cedidas pelo orientador do TCC, Professor Paulo Cesar de Oliveira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São diversas as formas de cura da tuberculose pulmonar. A evolução natural pode se dar com cura espontânea ou necessidades de tratamento farmacológico. Em qualquer circunstância, a doença pode evoluir com ou sem sequelas pulmonares. O estado nutricional e imunológico do paciente, a adesão ao tratamento, e o diagnóstico precoce podem mudar o curso dessa evolução. Os exames de imagem como nos permitem visualizar e diagnosticar as sequelas pulmonares, sendo estas as expressões da tuberculose que encontramos ainda os dias atuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lopes AC. Tratado de Clínica médica. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009
- 2- Tarantino AB. Doenças Pulmonares. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 3- Bethlem N. Pneumologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- 4- Aidé MA. Cardoso AP. Rufino R. Carvalho SRS. Zamboni MM et al. Pneumologia: aspectos práticos e atuais. In: Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro. RJ: Revinter, 200. p.167-169.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- 6- Campos HS. Etiopatogenia da Tuberculose e formas clínicas. Pul RJ. 2006; 15(1): 29-35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. Brasília, DF. 2011, [Acesso em: 7 ago 2016] Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload>
- 8- BRASIL. Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. BRATS. 2011; 6(16): 1-14.
- 9- Cruz RCS, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Costa e Silva EJ, Mazza E, Menezes RC et al. Tuberculose pulmonar: associação entre extensão de lesão pulmonar residual e alteração da função pulmonar. RevAssocMed Bras. 2008; 54(5): 406-410.

- 10- Costa LGFS, Brum AV, Brum TL, Brum VL, Lopes AC, Pimentel Júnior AM et al. Diversidade de formas de apresentação radiográfica na tuberculose pulmonar. Relato de casos*. Rev Bras Clin Med. 2012; 10(3): 249-52.
1. 12-Giacomini G, Alvarez M, Pina DR, Bacchim Neto FA, Pereira PCM, Ribeiro SM et al. Ferramenta para quantificação objetiva de sequelas pulmonares no acompanhamento de pacientes com tuberculose. RADIO. 2014; 26-29.

CUIDADOS COM A PELE DO RECÉM -NASCIDO: CONHECIMENTOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM UMA MATERNIDADE ESCOLA

BRANDÃO, Nathália Êned Silva

RODRIGUES, Simone

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido; Cuidados com a Pele; Alojamento Conjunto.

INTRODUÇÃO

A pele desempenha diversas funções de proteção. É um órgão que contribui como barreira frente à infecções, estresse mecânico, desidratação e variações de temperatura, sendo portanto a sua preservação, decisiva, para evolução saudável do recém-nascido (RN)¹.

O cuidado com a pele do Recém-Nascido (RN) é fundamental para que haja uma adaptação bem sucedida ao ambiente extra-uterino após o nascimento, garantindo, dessa forma uma adequada evolução e integridade deste órgão que exerce função de barreira primária contra infecções, além de prevenção da desidratação e manutenção da termorregulação.

A pele é o segmento mais observado e tocado por quem presta assistência aos RNs². Deste modo, é preciso destacar a importância da equipe multiprofissional manter-se atualizada sobre os avanços, novos conceitos e melhores técnicas para realização dos cuidados com este órgão tão importante². Trata-se de um momento que permite a oportunidade do profissional estimular a participação dos pais no cuidado com os seus filhos. Sanar as dúvidas sobre a melhor maneira de dar o banho, por onde iniciar, cuidados com coto, colocação de fraldas, entre outros esclarecimentos devem ser passados aos pais, proporcionando aprendizagem sobre as particularidades do RN de acordo com suas necessidades³.

Na maternidade do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), a equipe multiprofissional, encarregada da assistência neonatal, é constituída, principalmente, por profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem⁴. São eles os responsáveis pelo cuidado da pele do RN, um órgão tão importante, porém frágil, num momento crítico de adaptação ao meio ambiente. Também é de responsabilidade desses profissionais a orientação dada aos responsáveis pelo RN, que prestarão os cuidados diários, para que haja manutenção do desenvolvimento tegumentar, garantindo a eficácia de todas as importantes funções que esse órgão desempenha.

OBJETIVOS

Geral

O estudo visa avaliar o conhecimento desses profissionais, sobre os cuidados com a pele do RN e apontar possíveis equívocos de conduta. Ressaltar, que esta equipe deve estar capacitada e conscientizada da importância desses cuidados para conseguir efetuar uma assistência de qualidade.

Específicos

(1) identificar as ações, que visam o cuidado com a pele do RN, empregadas na Maternidade do HCTCO; (2) apontar as medidas que possam contribuir, para melhorar a qualidade e segurança da assistência com relação aos cuidados com a pele e higiene do RN.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido no alojamento conjunto do HCTCO, um complexo hospitalar, de funcionamento particular e SUS (Sistema Único de Saúde), vinculado à Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), que atende à sociedade de Teresópolis de forma referenciada. Teve metodologia empregada descritiva-qualitativa, prospectiva. Consistiu na aplicação de questionário à equipe multiprofissional, que presta assistência ao RN, para analisar os conhecimentos dos profissionais de saúde desta maternidade, com relação aos cuidados com a pele após o parto, durante a internação no alojamento conjunto e no momento da alta.

O questionário foi aplicado pela graduanda, mas o estudo recebeu auditoria periódica do coordenador do projeto, na intenção de corrigir dificuldades e incorreções. A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCTCO e registrado na Plataforma Brasil com CAAE: 58049916.1.0000.5247.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A higienização faz parte de um dos cuidados infantis básicos, contribuindo com a preservação da saúde do RN⁵. A manutenção da limpeza e boas condições da pele, por um lado diminui o risco de infecção, porém sem o devido cuidado ou instrução, pode aumentar o risco de dermatites por irritação, e perda de suas funções protetoras e termorreguladoras.

Segundo recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, no último consenso de cuidados com a pele do recém-nascido[2015], principal material para base teórica do presente estudo, o primeiro banho do RN deve ser postergado, tempo suficiente para que haja estabilidade térmica e cardiorrespiratória, ou seja, não há necessidade de banho imediato após o nascimento. A duração total do banho não deve exceder 10 minutos, sendo a temperatura ideal da água entre 35°C e 36°C, semelhante à temperatura corpórea. Em relação aos resultados obtidos, 50 % dos profissionais assinalaram a indicação de banho imediato após parto vaginal.

O uso de produtos químicos deve ser feito com cuidado, devido aos riscos de absorção, toxicidade e irritação. Os produtos recomendados, devem possuir pH semelhante ao cutâneo, dessa forma o sabonete ideal deveria ter um pH entre 4,5 e 6,5¹. Os produtos de

limpeza infantis conhecidos como Syndots¹, não possuem surfactantes, e são baseados em detergentes sintéticos que são neutros ou ácidos, portanto, com pH < 7. Sobre o uso de produtos durante o banho, com percentuais iguais (28%), os profissionais assinalaram o uso de sabonete alcalino e sabonete sintético. Cerca 44% dos entrevistados acreditam que usar apenas água é o suficiente.

O vérnix caseoso confere ao RN contribuição na defesa química e mecânica contra bactérias, além de ajudar na transição entre o ambiente hidratado, intrauterino, para o seco, extrauterino, determinando uma melhor maturação das camadas da pele⁶. Dentre os entrevistados, apenas 50% reconhecem a importância da manutenção desta importante camada protetora.

Sobre cuidados com o coto umbilical, os responsáveis devem ser devidamente orientados quanto a sua correta higienização, sendo destacado o potencial risco de infecção grave, onfalite, caso esta não seja feita. A Organização Mundial da Saúde (2004), preconiza que o coto umbilical seja mantido limpo e seco, utilizando soluções de álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%. Entre os profissionais, 72% reconhecem que o coto umbilical deve permanecer completamente seco, os demais assinalaram a orientação para deixá-lo úmido ou desconheciam essa informação.

Como finalização do questionário formulado, foi questionado ao entrevistado se os seus conhecimentos são conflitantes com a rotina do serviço realizada no Alojamento Conjunto do HCTCO, e como resultado, 62 % responderam que existe conflito, porém não foi apontado onde o mesmo se apresenta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa demonstrou que há necessidade de educação permanente do profissional de saúde em questão, visando a renovação de conceitos, esclarecimento de dúvidas e manutenção constante do aprendizado, sobre os melhores cuidados com a pele do RN, defendidos atualmente pelos especialistas. Enfocar, também, nas orientações que devem ser dadas aos responsáveis, visando lhes propor as orientações necessárias, para que os cuidados com o RN sejam perpetuados após a alta.

Posteriormente a este estudo, ocorrerá explanação dos resultados, com objetivo de reforçar as condutas preconizadas. Sugerir a implantação de protocolo, para que haja padronização da assistência e manutenção da excelência em qualidade dos cuidados com o RN.

A pesquisa servirá de base para estudos subseqüentes, avaliando a evolução da assistência prestada ao RN no Alojamento Conjunto do HCTCO.

REFERÊNCIAS

1. PROCIANOY, R. S. **Cuidados de higiene com a pele do recém-nascido a termo (0 a 30 dias)** – I Painel Latino-Americano | Cuidados Com a Pele Infantil, 2010.
2. PINTO, M.C.P.F; OLIVEIRA, M.L.F; BEDENDO, J. Revista UNINGÁ, **Cuidados com a pele do recém-nascido: Um desafio para a equipe da Unidade de Terapia Intensiva.**

Maringá/PR, Dez 2013.

3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Brasília: Ministério da Saúde, v 4, 2011.

4. PORTAL UNIFESO. <http://unifeso.edu.br/hctco.ph>; Acesso digital, 2016.

5. BRASIL. UNIVATES. Realização da Primeira Higienização do Recém-Nasico pela Equipe de Enfermagem em um Hospital no interior do Rio Grande do Sul, 2012.

6. GIRALDI, S.; CAMPOS, T. B. BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso de cuidados com pele do Recém-Nascido, 2015

HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA: ELUCIDAÇÃO FISIOPATOLÓGICA E DA RELAÇÃO ENTRE O PROGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DA CONDIÇÃO

Lucinda Da Silva, Nicole¹; Castro Alvarez Perez, Mario

Docente do curso de graduação em medicina do UNIFESO

Professor orientador, discente do curso de graduação em medicina do UNIFESO

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

A Hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) é uma doença clonal adquirida rara, caracterizada pela presença de anemia hemolítica crônica, de curso clínico extremamente variável. A origem da HPN é a expansão não-maligna de uma ou mais células-tronco hematopoiéticas que adquiriram mutações somáticas no gene fosfatidilinositolglicana classe A (PIG-A), localizado no cromossomo X. Essas mutações resultam no bloqueio precoce da síntese de GPI, levando à formação de eritrócitos sensíveis a hemólise mediada pelo complemento. A hemólise vista na doença ocorre principalmente em meio intravascular, sendo a responsável pela maior morbidade da doença. O aumento da hemoglobina livre no plasma leva à depleção dos níveis circulantes de NO, evento primordial na gênese de algumas das manifestações clínicas da condição, como anemia, fenômenos trombóticos, hemoglobinúria, disfagia, fadiga, dor abdominal, hipertensão pulmonar, comprometimento renal e disfunção erétil. A condição apresenta-se frequentemente com infecções recorrentes, neutropenia e trombocitopenia, surgindo em associação com outras doenças hematológicas, especialmente com síndromes de falência medular, como a anemia aplásica e síndrome mielodisplásica. O reconhecimento da tríade clínico-laboratorial composta por anemia hemolítica, pancitopenia e trombose faz da HPN uma síndrome clínica única. Apesar de ser uma doença de morbi-letalidade significativa, por ser uma doença de baixa prevalência e incidência, ainda há uma carência de estudos sobre o tema, por isso trabalhos primários e revisões como a que se segue são de extrema importância para se compilar o máximo de informações que cooperam para o melhor entendimento e manejo clínico da condição. Os objetivos primordiais desse trabalho são contribuir para o aumento da conscientização da comunidade médica acerca da existência da HPN, tentar elucidar a sua complexa fisiopatologia e determinar se o diagnóstico precoce da condição exerce alguma influência sobre o prognóstico dos acometidos pacientes.

Busca-se também o entendimento do curso clínico da doença e do tratamento com o *eculizumab*, um anticorpo monoclonal humanizado que bloqueia a ativação do complemento terminal no nível C5, prevenindo a formação do complexo de ataque à membrana.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada utilizando as principais fontes de busca disponíveis: *Pubmed*, *Medline*, *Lilax*. Foram selecionados artigos de 2010 em diante, para a pesquisa nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores: “*Hemoglobinuria, paroxymal*”, “*Physiopathology*”, “*Diagnosis*”, “*Therapy*”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes com anemia hemolítica adquirida, intravascular, Coombs-negativa, trombozes inexplicadas (especialmente em sítios pouco comuns), citopenias e síndromes de falência medular, disfagia e dores abdominais recorrentes sem causa aparente devem ser submetidos à pesquisa para HPN. Tendo em vista os avanços recentes no entendimento da doença, sua alta morbimortalidade e a disponibilidade de tratamentos eficazes, inclusive com potencial de cura, é fundamental que os médicos pensem neste diagnóstico sempre que pertinente. Os portadores de HPN podem se beneficiar amplamente dos tratamentos disponíveis, com redução do risco de sequelas graves e melhora considerável da qualidade de vida. Entre tais abordagens terapêuticas, há que se destacar o uso do eculizumab, anticorpo monoclonal anti-C5.

REFERÊNCIAS

1. JANKOWSKA, A.M; SZPURKA,H; et al. Loss of expression of neutrophil proteinase-3: a factor contributing to thrombotic risk in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria- the hematology journal, 2011 Jul; 96(7): 954–962.
2. MERRIMAN, L e GREAVES, M. Testing for thrombophilia: an evidence-based approach- *Postgrad Med J*. 2006 Nov; 82(973): 699–704.
3. JEFFREY, J. P e ROBERT, A. B. Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria from Bench to Bedside- *Clin Transl Sci*. 2011 Jun; 4(3): 219–224.
4. QIN, X; SONG, W; et al. Balancing role of nitric oxide in complement-mediated activation of platelets from mCd59a and mCd59b double-knockout mice- *American Journal of Hematology*- p. 221-227, 2009.
5. DRAGONI, F; IORI, A.P. Thrombophilic screening in patients with paroxysmal nocturnal haemoglobinuria: a pilot study- 2010 Blackwell Publishing Ltd, *British Journal of Haematology*, 150, 480–497.
6. ARRUDA, M.M.DE; A.S. RODRIGUES, C.A; et al. hemoglobinúria paroxística noturna: da fisiopatologia ao tratamento. Trabalho realizado na Disciplina de Hematologia e Hemoterapia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo, SP. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2): 214-21.
7. GUIBERT, S. DE; LATOUR, R. P. de; et al. Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria and pregnancy before the eculizumab era: the French experience. *Haematologica*. 2011 Sep; 96(9): 1276–1283.

8. ARRUDA, M. M. DE A.S; RODRIGUES, C.R; et al. Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria: from pathophysiology to treatment- Rev. Assoc. Med. Bras. vol.56 no.2 São Paulo 2010.
9. RODRIGUES, B.M.T. Fisiopatologia, diagnóstico e novas terapêuticas da hemoglobinúria paroxística noturna- Artigo de revisão bibliográfica Mestrado Integrado em Medicina- Porto, 16 de Junho de 2011.
10. Diretriz da sociedade internacional de citometria clínica.
11. LATOUR, R.P DE; SCHREZENMEIER, H; et al. Allogeneic stem cell transplantation in paroxysmal nocturnal Hemoglobinúria - DOI: 10.3324/haematol.2012.062828.
12. HILL, A; KELLY, R; et al. Trombose em hemoglobinúria paroxística noturna-doi:10.1182/blood-2012-09-311381.
13. HILLMEN, P; MUSS, P; et al. Segurança e eficácia em longo prazo do tratamento sustentado com eculizumabe em pacientes com hemoglobinúria paroxística noturna. British journal of hematology 2013; 162 (1): 62-73.
14. HILLMEN, P; MUSS, P; et al. Efeito do inibidor de complement eculizimabe no tromboembolismo em pacientes com hemoglobinúria paroxística noturna. Blood, 1 de dezembro, 2017, volume 110, numero 12, p. 4123-4128.
15. BRODSKY, A; MAZZOCCHI, O; et al. Eculizumab in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria with Budd-Chiari syndrome progressing despite anticoagulation- Brodsky et al. Experimental Hematology & Oncology 2012, 1:26.
16. DEZERN, A; ROBERT A; et al. Predictors of hemoglobin response to eculizumab therapy in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria. Eur J Haematol; 90(1): 16-24, 2013 Jan.
17. HILLMEN, P e MUUS, P. Long-term safety and efficacy of sustained eculizumab treatment in patients with paroxysmal nocturnal haemoglobinuria. Br J Haematol. 2013 Jul; 162(1): 62-73.

A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA SÍNDROME DE DOWN

BORGES Pâmela Mello. Discente do Curso de Graduação em Medicina da UNIFESO.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down; Déficit Cognitivo; Desenvolvimento Intelectual.

RESUMO

Baseado em uma revisão bibliográfica, o presente estudo busca motivar a criação de estratégias concretas para abordagem do déficit cognitivo encontrado nos pacientes portadores da Síndrome de Down. Esta doença possui um passado histórico bastante complexo, visto que, em décadas anteriores era associada à exclusão social e a subestimação da capacidade intelectual da criança portadora da síndrome. Ainda não possui causa definida, porém, um fator de risco fortemente implicado é a idade materna avançada. Além das manifestações e apresentações clínicas comuns, possui um grau de redução na cognição, no entanto, já se sabe que quando estimulada adequadamente, com equipe multiprofissional e apoio familiar, esta criança possui grandes chances de aumentar seu desempenho e adquirir avanço no desenvolvimento intelectual.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down ou Trissomia do 21, é uma alteração genética, caracterizada pela presença de um cromossomo a mais em todas ou na maior parte das células desses indivíduos. Estes possuem algumas características físicas em comum. E apresentam deficiência intelectual.

A primeira vez que a Síndrome de Down foi descrita foi em 1866, pelo médico britânico John Langdon Down, ele descreveu seus portadores como "mongoloides. Porém só em 1958, o francês Jerome Legeune descobriu que as crianças descritas pelo médico britânico, tinham na verdade uma síndrome genética.

A deficiência intelectual na Síndrome de Down é consequente, predominantemente, da privação cultural e não de sua alteração genética. Não era oferecido a elas o estímulo necessário para o seu pleno desenvolvimento, pois acreditavam que essas não tinham capacidade de se desenvolver e adquirir autonomia. E também a interação deficiente que geralmente se estabelecia entre os pais e essas crianças, entre elas e a sociedade, e também a da escola, contribuiu de maneira significativa para que se estabeleça essa deficiência. E muitos desses conceitos ainda perduram nos dias de hoje.

Alguns aspectos intrínsecos dos indivíduos com Síndrome de Down não definem mas contribuem para sua deficiência intelectual. Porém assim como algumas dessas

características dificultam o aprendizado outras facilitam, como a facilidade que elas têm no aprendizado visual.

É importante que saibamos quais são os fatores facilitadores e os que dificultam esse processo, para que possam ser usadas ferramentas para driblar as suas dificuldades, e assim oferecer a elas todo o estímulo e recursos que precisam para que possam se desenvolver de forma plena.

Nesse trabalho será abordado a Síndrome de Down, e mais especificamente a Deficiência Intelectual que ocorre nessa Síndrome e os fatores que contribuem para isso. Através de uma Revisão Bibliográfica será discutido como a influência cultural, o meio social em que são inseridos e as diversas relações que se estabelecem com esses indivíduos, contribuem de forma significativa para esse processo. Assim como as características intrínsecas dessa síndrome que também tem seu papel.

Dessa forma o objetivo desse trabalho é definir a deficiência intelectual na síndrome de Down, mostrar como historicamente o seu conceito e a forma como era encarada evoluiu, como diversos fatores influenciam diretamente no aprendizado desses indivíduos e na sua formação, assim como as características individuais, que também tem um papel essencial nesse processo, mostrando que não existe uma uniformidade, apesar desse conceito retrógrado ainda persistir para muitos.

OBJETIVO

Apresentar o conhecimento sobre a deficiência intelectual na síndrome de Down, através de uma revisão bibliográfica, demonstrando desde as bases históricas, de como o conceito e a abordagem dessa deficiência intelectual evoluíram, até a maneira como os fatores sociais e ambientais influenciam diretamente sobre o desenvolvimento intelectual desses indivíduos.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica não sistemática. Foram utilizados os seguintes termos de busca: Síndrome de Down, Deficiência Intelectual, Cognição e Aprendizagem; e a busca foi feita nas seguintes bases de dados: bvs, biblioteca digital da unicamp, PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane, Lilacs, Scielo.

Deficiência Intelectual Na Síndrome De Down

Quanto aos aspectos cognitivos, a deficiência intelectual é uma das características mais constantes da síndrome de Down e irá variar em cada indivíduo. É diferente do déficit motor, onde o predomínio ocorre na primeira infância, o cognitivo é mais frequente na idade escolar. O desenvolvimento de uma pessoa com síndrome de Down, como o de qualquer outra pessoa, deve ser considerado em seus aspectos cognitivos, afetivos, linguísticos e motores, já que cada um desses aspectos, em conjunto com a família, a escola e o entorno social, se inter-relacionam e se constituem mutuamente. O modo como a pessoa com síndrome de Down é vista pelos outros pode assim resultar em ganhos ou prejuízos para o seu desenvolvimento social, afetivo, cognitivo e linguístico, pois estes são construídos socialmente.

A pessoa com síndrome de Down é muito mais que sua carga genética, e um organismo que funciona como um todo e a genética e só uma possibilidade, ou seja, são as determinações sociais, e não apenas as biológicas ou genéticas que irão lhes permitir o desenvolvimento e, como consequência, sua formação enquanto sujeito.

No contexto cultural, percebe-se uma exposição pobre nas pessoas com síndrome de Down. A aceitação e o vínculo que são importantes, nessas crenças geralmente demora a se estabelecer. A relação entre adultos e as crianças com síndrome de Down são qualitativa e quantitativamente diferentes das crianças sem a síndrome. E o caráter mais distintivo é a confiança, falta confiança de que as crianças com síndrome de Down tenham capacidade de aprender e adquirir autonomia. O retardo do desenvolvimento surge então, como uma consequência do tipo de interação que se estabelece. Na criança com síndrome de Down, o adulto normalmente não a ajuda a completar seu pensamento, e ao invés disso faz isso por ela.

No que tange o desenvolvimento das pessoas com síndrome de down, há uma grande dependência do contexto cultural oferecido, mais do que a carga genética. Hoje sabe-se que essas crianças precisam ser estimuladas, para que se desenvolvam. E são as ferramentas da cultura que podem compensar a deficiência. Mas é fundamental para que tudo isso ocorra que mudemos nossa atitude em relação a essas crianças, e isso significa reconhecer e confiar na capacidade delas de superara as dificuldades. É preciso entender que é na interação social que se origina o desenvolvimento.

Estudos tem provado que a estimulação proporciona ótimos resultados, independentemente de sua data de início, porem os resultados são melhores, quanto mais precoce for. E todos que convivem com a criança devem fazer parte dessa estimulação (professores, pais, profissionais de saúde), para que ela consiga se desenvolver o máximo possível e adquirir um maior grau de autonomia.

Outras dificuldades de fala e linguagem nas crianças com síndrome de Down provêm de dificuldades com a memória auditiva de curto-prazo e habilidades de processamento. A memória auditiva de curto-prazo é o armazenamento de memória que leva a reter, processar, compreender e assimilar a linguagem falada por tempo o bastante até que se possa responder.

Qualquer déficit na memória auditiva de curto-prazo afetará bastante a habilidade da pessoa em responder à palavra falada ou aprender com qualquer situação que dependa totalmente das suas habilidades auditivas. Além disso, ela encontrará mais dificuldade para reter e seguir instruções faladas.

Cada criança é única e, para além da deficiência, guarda características próprias. Decorre daí que o perfil e o estilo de aprendizagem típico da criança com síndrome de Down, associados às suas necessidades individuais e variações dentro do perfil, precisam ser considerados.

O ambiente é dinâmico, e exerce um papel variado no desenvolvimento da criança, a depender também da idade da criança. A influência que o ambiente exerce no desenvolvimento psicológico da criança, ocorre através da experiência emocional dela, pois cada um tem características próprias, pois cada um tem uma percepção diferente de um evento, assim essa influência sobre o desenvolvimento da criança acaba sendo algo bem peculiar.

A família através das relações estabelecidas entre seus membros, pode proporcionar a criança um ambiente de crescimento e desenvolvimento. A família pode ser o primeiro universo de relações da criança. E a família pode exercer um papel tanto estimulador como deletério no desenvolvimento dessas crianças.

CONCLUSÃO

Este trabalho visa nos mostra que a privação cultural, é causa predominante da deficiência intelectual da Síndrome de Down e não a alteração genética característica dessa síndrome. Algumas estratégias e ferramentas podem facilitar o aprendizado desses indivíduos, para que possam ter oportunidade de desenvolvimento intelectual pleno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. **PENA G. A deficiência intelectual em indivíduos com síndrome de Down é consequência de privação cultural, não uma determinação genética.** Julho [2009]
2. **KOTKO B. Mothers of Children With Down Syndrome Reflect on Their**
3. **Postnatal Support.** *Pediatrics* 2005;115;64-77.
4. **LÓPEZ M. El Proyecto Roma: una experiencia de educación en valores.** Aljibe, [2003]
5. **VIGOSTKI, L. S. A formação social da mente.** Rio de Janeiro: Martins Fontes; 2007.
6. **VOIVODIC MAMA; STORER MRS. O desenvolvimento cognitivo das crianças com síndrome de Down a luz das relações familiares.** *Psicologia: Teoria e Prática* – 2002, 4(2):31-40
7. **RODRIGUEZ FT.O indivíduo com Síndrome de Down e a inclusão familiar.** [2006]. Disponível no portal eletrônico: <http://www.portalsindromededown.com.br>. Acessado em julho de 2016.
8. **WELLEN SP; OLIVEIRA MS. Aprendizagem e desenvolvimento da criança com síndrome de Down representações sociais de mães e professoras.** Universidade Federal do Amapá- Unifap, Macapá, BRASIL.
9. **TADEU M. Deficiência intelectual o conceito.** Mar, 2016. Disponível em: revistapontocom.org.br, acessado em 10/08/16.

MANIFESTAÇÕES PARANEOPLÁSICAS CUTÂNEAS

PEREZ, Mario Castro Alvarez. Docente do Curso de Graduação em Medicina na Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

BOLLANI, Paola Maia. Discente do Curso de Graduação em Medicina na Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

PALAVRAS-CHAVE: desordens paraneoplásicas; câncer; manifestações cutâneas.

INTRODUÇÃO

As síndromes paraneoplásicas representam manifestações à distância, não metastáticas, de neoplasias malignas. Diversas são as síndromes conhecidas, residindo sua importância na possibilidade do reconhecimento precoce do tumor primário associado, mesmo antes que manifestações clínicas diretamente relacionadas à neoplasia primária tenham sido desenvolvidas. Entre tais manifestações, destacam-se as síndromes paraneoplásicas dermatológicas.^{1,2,3}

São descritas diversas síndromes paraneoplásicas com apresentação primária envolvendo a pele e anexos. Muitas dessas condições ocorrem antes do reconhecimento do tumor primário, e de um modo geral, seu curso clínico segue o da neoplasia associada, de forma que uma vez ocorrido tratamento exitoso, as manifestações cutâneas desaparecem, ao passo que sua recidiva pode indicar o retorno da doença oncológica e/ou desenvolvimento de metástases.^{1,2,3,4,5}

Ao longo deste trabalho, abordaremos as principais síndromes paraneoplásicas dermatológicas, discutindo os pontos já estabelecidos, as dúvidas persistentes e os avanços recentemente experimentados no conhecimento acerca de seu significado. Nossa intenção fundamental é aumentar o conhecimento acerca dessas importantes condições. Para cada dermatose, são revisadas as manifestações clínicas, principais neoplasias envolvidas e a etiopatogenia considerada. Na maioria dos casos, não se pode determinar com precisão a patogênese da associação, mas verificou-se que o tratamento da malignidade subjacente muitas vezes culmina na cura da dermatose paraneoplásica.^{1,3,6}

OBJETIVOS

Geral

Realizar uma revisão da literatura acerca das principais manifestações paraneoplásicas cutâneas reveladoras de neoplasias sistêmicas.

Específicos

Enfatizar a importância do reconhecimento precoce das dermatoses paraneoplásicas mais relevantes na prática clínica;

Discutir o impacto do diagnóstico precoce das manifestações cutâneas paraneoplásicas no prognóstico do paciente.

JUSTIFICATIVA

A relevância deste trabalho consiste em valorizar a identificação de lesões de pele, muitas vezes menosprezadas e ignoradas na prática clínica cotidiana, que podem nos sugerir a presença de neoplasias sistêmicas e permitir o tratamento precoce podendo melhorar a sobrevida dos pacientes.

METODOLOGIA

A pesquisa viabiliza descrever as manifestações paraneoplásicas cutâneas mais relevantes na prática clínica. A revisão da literatura foi realizada através de pesquisa eletrônica de publicações científicas utilizando o Medline (através do PubMed), LILACS, BVS, Scielo, Biblioteca Cochrane e pesquisa bibliográfica de livros de Dermatologia e Oncologia. Os artigos científicos identificados e relacionados ao tema foram avaliados segundo sua validade e suas recomendações, criticados e sumarizados. Como estratégia de busca foram utilizados os termos “Manifestações Paraneoplásicas”, “Câncer”, “Manifestações cutâneas”, “Lesões cutâneas associadas a neoplasias” e “Doenças Paraneoplásicas”. Posteriormente realizou-se a análise de todas as informações obtidas. Listas de referências de todos os artigos também foram avaliadas e revisadas, e os dados obtidos foram relacionados a cada dermatose descrita.

Neste trabalho foram discutidas as lesões de pele com maior força de associação a neoplasias, que são acantose *nigricans*, paquidermatoglifia adquirida, *erythema gyratum repens*, síndrome de Basex, hipertricose lanuginosa adquirida, eritema necrolítico migratório, sinal de Leser-Trélat, pênfigo paraneoplásico, tilose palmo-plantar e síndrome de Sweet.

CONCLUSÃO

Muitas doenças sistêmicas podem ser diagnosticadas a partir do reconhecimento de um eventual acometimento cutâneo. Nesse contexto, estão as alterações dermatológicas sugestivas de malignidades internas. Essas manifestações paraneoplásicas cutâneas são marcadores clínicos importantes, podendo preceder, ocorrer simultaneamente ou suceder o diagnóstico de uma determinada neoplasia. Assim, o reconhecimento das lesões características de uma das numerosas dermatoses paraneoplásicas facilita a identificação precoce de um câncer oculto, cujas manifestações próprias podem aparecer somente meses ou mesmo anos mais tarde. Dessa forma, a identificação da presença de uma dermatose paraneoplásica permite iniciar mais precocemente o tratamento da neoplasia maligna subjacente, o que em geral pode contribuir decisivamente para a melhora do prognóstico e da sobrevida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva JA, Mesquita KC, Igreja ACSM, Lucas ICRN, Freitas AF, Oliveira SM, Costa IMC, Campbell IT. Paraneoplastic cutaneous manifestations: concepts and updates. *An Bras Dermatol*. 2013;88(1):9-22.
2. Azulay-Abulafia L, Azulay MM, Azulay DR, Azulay RD. Manifestações cutâneas reveladoras de neoplasias. In: Azulay DR. *Dermatologia*. 5.ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;2011. p.615-20.
3. Zapata KZ, Ramírez AF. Manifestaciones cutáneas de las neoplasias malignas. *Rev Asoc Col Dermatol*. 2009;17(2):109-120.
4. Almeida FA, Pereira SM. Doenças paraneoplásicas. In: Cucé LC, Neto CF. *Manual de dermatologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001. p.543-8.
5. Martínez AAR, Hernández MAL. Dermatosis paraneoplásicas. Revisión de la bibliografía. *Med Int Mex* 2011;27(6):586-595.
6. Chung VQ, Sci M, Moschella SL, Zembowicz A, Liu V. Clinical and pathologic findings of paraneoplastic dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:745-62.

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HEPATITE VIRAL DE 2010-2016 NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS, RJ

*MORGADO, FLAVIO EDUARDO FRONY. Docente do curso de graduação de Medicina.
Britto, Paulo Roberto Correia Leite. Discente do Curso de Graduação em Medicina.
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS - UNIFESO*

PALAVRAS-CHAVES: hepatite A, hepatite B, hepatite C, sistema de vigilância, perfil epidemiológico.

INTRODUÇÃO

A hepatite é caracterizada por um processo inflamatório no fígado desencadeado por diferentes agentes etiológicos que podem causar simples alterações laboratoriais até doenças fulminantes e fatais, cujo homem é o único reservatório importante. Neste trabalho de conclusão de curso, os agentes etiológicos abordados são os vírus A, B e C causadores, respectivamente, da hepatite A, hepatite B e hepatite C.

O vírus da hepatite A é um vírus de RNA sem envoltório do gênero Hepatovirus da família picornavirus. Este agente apresenta como principal via de transmissão a via fecal-oral onde sua exposição ocorre principalmente devido as condições inadequadas de saneamento básico e seu período de incubação variam de 15 a 50 dias.⁵

A hepatite B é causada por um vírus de DNA da família dos Hepadnavírus. O subtipo hepadnavírus tipo 1 é transmitido pela via sexual, perinatal (vertical) e percutânea. O período de incubação do vírus varia de 1 a 6 meses, no entanto, apesar da maioria dos casos serem assintomáticos, os sintomas quando manifestados apresentam-se em três fases: prodrômica, icterica e convalescência.

A hepatite C apresenta como agente etiológico um vírus RNA linear que é o único membro do gênero Hepacivirus na família Flaviviridae. Este vírus pode ser transmitido por transfusão de sangue, via percutânea, perinatal (vertical) e sexual. Contudo, essas duas últimas vias de transmissão são mais raras.

É importante ressaltar que as hepatites virais passaram a ser doença de notificação compulsória no ano de 2003, a partir da publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 2325, que definiu a obrigatoriedade da notificação dos pacientes acometidos pela hepatite viral em território nacional.

OBJETIVOS

Geral

Identificar o perfil epidemiológico dos casos de hepatite viral nos últimos seis anos e meio para residentes no município de Teresópolis/RJ, e propor melhorias na intervenção da doença para a população alvo antes da sua contaminação por meios da prevenção com campanhas educativas e vacinação.

Específicos

Avaliar nos casos de hepatites virais ocorridos nos anos de 2010 a 2016 no município de Teresópolis/RJ: (1) A classificação etiológica; (2) O sexo; (3) A escolaridade; (4) A raça/cor; (5) Doenças pré-existentes, AIDS/HIV+ e outras DSTs; (6) Atividade sexual; (7) Forma clínica do vírus; (8) Estado vacinal dos casos com hepatite A; (9) Estado vacinal dos casos com hepatite B; (10) A provável fonte / mecanismo de infecção do vírus; (11) A faixa etária; (12) O bairro residente; (13) Calcular coeficiente epidemiológico da incidência anual e da taxa anual.

METODOLOGIA

É uma pesquisa quantitativa e descritiva, que utilizou como instrumento de dados a ficha do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) de hepatites virais (ANEXO1), referente a todos os agravos registrados no município de Teresópolis/RJ no período de 2010 a 2016.

Por meio do SINAN foram recolhidos dados segundo as seguintes características: classificação etiológica, escolaridade, raça/cor da pele, forma clínica, história de vacinação contra hepatite A, história de vacinação contra hepatite B, sexo, mecanismo provável de infecção, Faixa Etária, bairro residente, presença de coinfeção com HIV/AIDS e presença de coinfeção com outras DSTs.

Andamento da Análise do material, resultados parciais:

Foram notificados 920 casos de hepatite viral nos anos de 2010 a 2016, sendo que o ano de 2016 só foram pesquisadas as fichas até o mês de junho no qual os dados foram incluídos em todas as análises. Alguns campos analisados apresentaram o preenchimento inadequado aparecendo com Ign/Branco. Estes foram excluídos de todos os cálculos de porcentagem.

O sexo dos pacientes diagnosticados com hepatite viral. Demonstrar que os homens são mais acometidos que as mulheres. Eles representam 52,4% de todos os casos de hepatite viral notificado nos anos de 2010 a 2016, as mulheres representam 47,5%.

A hepatite viral predomina na faixa etária de 51 a 60 anos com 202 casos. A faixa etária de 41 a 50 anos apresentou o segundo maior número de casos com 199 indivíduos acometidos. Neste contexto, analisando a faixa etária de 41 a 60 anos, totalizamos 401 casos representando 43,5% do total dos casos notificados.

A hepatite viral predomina em indivíduos brancos totalizando 497 casos, sendo as demais cores/raças totalizando 181 casos.

A hepatite C corresponde à hepatite viral prevalente, seguida da hepatite B.

Na variável escolaridade, constatou-se uma maior prevalência do diagnóstico entre os indivíduos que possuem da 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental e 4ª série completa, seguido dos analfabetos.

No que diz respeito à relação das hepatites virais com o HIV/AIDS, foi percebido um baixo número em relação à coinfeção. Uma relação similar foi evidenciada nos casos de hepatite viral associados a outras DSTs.

No que concerne à forma clínica das hepatites virais, constatou-se a prevalência da forma clínica crônica. Foram evidenciados a importância da vacinação como medida de prevenção.

O bairro de São Pedro apresentou o maior número de casos diagnosticados.

CONSIDERAÇÕES FINAL

A investigação do perfil epidemiológico da hepatite viral estabeleceu que o grupo de risco é constituído por homens (52,4%) brancos (73%) com faixa etária entre 41 a 60 anos (43,5%) residentes no bairro de São Pedro (15,9%) e com baixo nível de escolaridade. Esses indivíduos não são vacinados contra hepatite A (96,3%) e B (58,3%) e foram contaminados através da relação sexual (34,4%), mas não são contaminados por HIV/AIDS (1,1%) ou outras DSTs (0,6%).

A forma clínica crônica (59,2%) é a mais provável de ser diagnosticada em pacientes com hepatite viral no município de Teresópolis, sendo estes acometidos pelo vírus C.

A partir da análise do perfil epidemiológico da hepatite viral no município de

Teresópolis e comparando com o “Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais ano IV nº 01 Brasil – 2015” percebe-se que no município de Teresópolis a hepatite C apresenta maior prevalência em comparação com as demais hepatites virais, estando os dados de ambos os estudos coincidindo, tais como faixa etária, acometimento entre os sexos e pico de incidência, verificado em todo o Brasil no ano de 2013.

Verificou-se um alto número de fichas do sistema de notificação com o preenchimento de alguns campos ignorado/branco. Os campos referentes à faixa etária e sexo apresentaram o preenchimento adequado, enquanto os campos da classificação etiológica (80%), escolaridade (48,1%), cor/raça (26,3%), coinfectado com HIV/AIDS (72,2%), coinfectado com DST (73,9%), atividade sexual (72,9%), forma clínica (87,7%), vacina hepatite A (70,4%), vacina hepatite B (68,7%) e fonte/mecanismo de infecção (86,4%) foram preenchidos com grande quantidade de dados ignorado/branco, demonstrando que a notificação ainda é incompleta.

Nesse contexto, ressalta-se a importância do preenchimento perfeito de todos os campos da ficha de notificação de agravos do SINAN para hepatites virais, destacando a necessidade dos profissionais de saúde em preencherem a ficha de notificação na presença do paciente.

No que concerne a distribuição dos casos notificados no período analisado, verificou-se uma média de 144 casos/ano, no qual o ano de 2013 apresentou o maior pico de notificações com

204 casos. As fichas referentes ao ano de 2016 foram analisadas até o mês de junho, assim esse ano não foi incluído no cálculo da média, pois, o número de 57 casos não é preciso.

Tendo em consideração a incidência da hepatite viral, em 2010 foi de 5,9 e em 2015 a mesma apresentou um aumento de 3,6 pontos, totalizando 9,5. Isso evidencia um aumento considerável dos casos de hepatite viral no município de Teresópolis. Os dados foram calculados tendo como base a tabela 1 que apresenta campo com preenchimento correto.

É importante ressaltar que os dados presentes no tabnes DATASUS não estão atualizados, pois foram feitas comparações entre os dados presentes neste sistema e os dados analisados através das fichas de notificação e não observamos concordância.

Por fim, a partir dos estudos destes dados, é possível concluir a real necessidade do preenchimento adequando das fichas de notificação, para à alimentação fidedigna da central de dados do sistema único de saúde, cuja serve de subsídio para motivação de campanhas de prevenção e promoção de saúde destinadas ao contexto da hepatite C no município de Teresópolis.

REFERÊNCIAS

- 1- Távora LGF, Hyppolito EB, Cruz JNM, Portela NMB, Pereira SM, Veras CM. Hepatitis B, C and HIV co-infections seroprevalence in a northeast Brazilian center. *ArqGastroenterol*. 2013; 50(4): 277-280.
- 2- Alves MR, Silva DMS, Souza TO, Oliveira YNS, Nery AA, Casotti CA. Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em uma diretoria regional de saúde da Bahia. *J res: fundam Care*. 2013; 6(3): 889-896.
- 3- Carvalho JR, Portugal FB, Flor LS, Campos MR, Schramm JMA. Método para estimação de prevalência de hepatites B e C crônicas e cirrose hepática - Brasil, 2008. *EpidemiolServSaúde*. 2014; 23(4): 691-700.
- 4- DST AIDS Hepatites Virais [homepage na internet]. Hepatite A. Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais; 2016, [Acesso em:13 ago 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/hepatite-a>
- 5- DST AIDS Hepatites Virais [homepage na internet]. Hepatite B. Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais; 2016, [Acesso em: 13 ago 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/hepatite-b>
- 6- DST AIDS Hepatites Virais [homepage na internet]. Hepatite C. Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais; 2016, [Acesso em:13 ago 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/hepatite-c>
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Hepatites virais. 2015; 4(1): 1- 29.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DAS PRINCIPAIS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS E SUA RELAÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA DOS ACOMETIDOS NO BRASIL.

TAVARES, Rafael Moraes. Graduando do curso de medicina da UNIFESO.

PALAVRAS-CHAVE: cardiopatia congênita, epidemiologia, qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

As cardiopatias congênitas (CC), são conhecidas e estudadas a muito tempo, porém apenas com o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico, com o desenvolvimento dos exames de imagem, em especial o ecocardiograma e o acesso ao mesmo, pode-se melhorar o acesso ao diagnóstico dessa doença, melhorando a conduta e decisões clínicas. No entanto apesar desse desenvolvimento ainda não ficou claro o seu real impacto a nível epidemiológico, de modo que se faz necessário uma revisão no dados a respeito do assunto, mais especificamente no Brasil.

Para tal se faz necessário o conhecimento prévio das patologias e sua clínica conhecida, e de suas possíveis complicações. De modo que abordo de maneira sucinta os principais pontos da fisiopatologia das principais CC no Brasil, com intuito de conseguir dimensionar a gravidade da mesma na vida dos pacientes, e das famílias que convivem ou conviveram com esta patologia. Se faz importante então relacionar as consequências na vida desses pacientes, com os meio em que estão inseridos, e a influência que esta relação sofre em decorrência das políticas públicas, e seu reflexo na epidemiologia.

OBJETIVO

Geral

Revisão bibliográfica das cardiopatias congênitas mais comuns.

Específicos

(1) Abordar e descrever as cardiopatias congênitas mais comuns, e os principais pontos do diagnóstico. (2) A epidemiologia das cardiopatias congênitas com enfoque no Brasil. (3) A relação do meio socioeconômico e o impacto na qualidade de vida dos pacientes com cardiopatia congênita.

METODOLOGIA

O trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica, em que foram utilizados como base dois tratados de pediatria, associados ao estudo e revisão de artigos recentes relevantes ao assunto, na sua maioria retirados da BVS e SCIELO.

RESULTADO DA PESQUISA

A suspeita da presença de cardiopatias congênitas (CC) em uma criança independentemente da idade, vem inicialmente através da correlação entre o exame físico e a clínica, de forma a levar a iniciar a investigação diagnóstica. Esta por sua vez que pode ser feita ao se iniciar o processo de triagem para pacientes com CC, através da associação da oximetria de pulso arterial (OPA) e o exame físico. A técnica empregada consiste em analisar e correlacionar a medição do OPA usado nos membros superiores e inferiores, naqueles em que há alteração um exame físico mais metucioso se faz necessário, com enfoque na detecção de CC¹². Este por sua vez é feito através da diferenciação da cianose central e periférica, da identificação de sopros, palpação de pulsos periféricos e palpação precordial, e deve ser feito por um profissional capacitado para que se possa atingir os melhores resultados. Nos casos em que houver resposta positiva deve-se seguir-se a triagem com outros exames mais direcionados a possível subtipo da CC, quando disponível realizar ecocardiograma, e outros exames necessários para confirmação¹². É importante destacar que essa é uma patologia com uma etiologia com íntima relação com anormalidades cromossômicas, porém sua etiologia ainda é pouco compreendida, sendo que as cromossomopatias devem ser uma suspeita em pacientes com CC. No Brasil poucos estudos se fazem através da relação do cariótipo com pacientes portadores de CC, porém estes não se distanciam da literatura internacional, mostrando uma incidência elevada em pacientes com trissomia do 21, e com a trissomia do cromossomo 18, como mais presentes nesta relação⁶. Mesmo com os avanços, as cardiopatias congênitas (CC) ainda continuam a serem, as maiores causadoras de mortes em neonatos relacionadas a malformações congênitas². Sua gravidade se revela na sua elevada taxa de mortalidade, que é de 20% nos primeiros 12 meses de vida. Sendo que dentre os recém-nascidos, no 1ª mês de vida estas taxas são mais elevadas¹. No Brasil no ano de 2010, os subtipos de CC mais notificados foram: comunicação interventricular; comunicação interatrial; persistência do canal arterial; estenose pulmonar; tetralogia de Fallot; coarctação da aorta; transposição de grandes artérias¹⁰. Tendo isso em mente, para melhor compreender esta patologia, se faz de pronta importância a revisão das principais subgrupos que integram esta patologia. No mundo a cada ano, nascem cerca de 130 milhões de crianças, destas aproximadamente 500 mil tem óbitos relacionados com cardiopatia congênita, ainda nos 30 primeiros dias de vida. Desses óbitos 7% estão diretamente relacionados com as CC. No Brasil em 2010 a incidência esperada para nascidos com CC eram de 25.757 novos casos, porém o que se observou foi apenas a notificação de 1377 casos através do SINASC/MS, uma proporção de apenas 5,3% do esperado. Apesar de adquirirem uma condição de vida estável decorrente do tratamento, muitos dos pacientes com CC apresentam defeitos residuais, com sequelas importantes que se manifestam na vida adulta, as vezes mesmo depois de várias correções cirúrgicas. Por isso são consideradas como uma doença crônica, tendo fatores que acompanham estes pacientes durante um longo prazo, precisando serem lidados em sua rotina diária, que abrangem desde a incerteza relacionada ao curso da doença, os sintomas e sinais relacionados, o prognóstico que a elas se reserva, e as restrições a prática de atividade física que as quais são impostas. A qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS), representa um modo de se avaliar o impacto a longo prazo de doenças crônicas como no caso das CC³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As cardiopatias congênitas são um conjunto de malformações que devido a sua íntima relação com as cromossomopatias tem sua busca mais direcionada nesses pacientes, por então constituírem um fator de risco, e em pacientes que se apresentem instáveis

evidenciando CC grave. No entanto cerca de 60% das CC só se manifestarem depois do primeiro ano de vida, e muitos desses pacientes não terão seu diagnóstico feito. O que acontece na prática no Brasil é que em sua maioria os casos mais graves são diagnosticados cedo devido a sua clínica abundante, ou mesmo iminência de risco de vida ao recém-nascido ou lactente, porém devido a um sistema que não se encontra totalmente preparado no Brasil os métodos de triagem não são em geral aplicados de maneira eficiente. Não se tendo seguimento adequado nem acesso a exames complementares que direcionariam o diagnóstico, como o ecocardiograma que não está disponível para toda a população. O que acontece na realidade é um subdiagnóstico desses pacientes, que acaba por se refletir nos dados epidemiológicos, estes por sua vez são escassos tanto quando olhamos para o volume de estudos relacionados ao assunto no Brasil quanto aos dados das notificações. Também se torna evidente e lamentável que não há abordagem voltada para esta parcela subdiagnosticada, muitas das quais apresentam acometimento leve ou moderado e que quando apresentam clínica importante se manifestará tardiamente na vida adulta, não se fazendo relação importante entre as CC nessa etapa, o que contribui para a diminuição de sua importância frente a saúde pública. Outros dos quais apresentam-se graves ainda na infância e necessitam de abordagem cirúrgica, terão tardiamente acesso, quando tem, já que cerca de 62% dos pacientes que com CC que necessitariam de abordagem cirúrgica no Brasil não a tem¹. Afinal apenas menos de 10 % dos pacientes com CC são diagnosticados no Brasil, sendo esta parcela concentrada em áreas menos desenvolvidas, carentes de recursos. Pacientes que estão inerentes a um meio social, que os trazem um baixa qualidade de vida e que serve não só de agravante como também é precursor do mau acompanhamento. Isso por fim se reflete diretamente na QVRS desses pacientes, e que em sua maioria poderia ter uma vida relativamente normal quando a respeito da qualidade de vida, mas acabam por serem excluídos. Um reflexo social que acaba por determinar o curso da história natural de suas doenças.

No Brasil se faz necessário um reavaliação das necessidades de abordagem dessa patologia de modo a abranger essa parcela não diagnosticada, porém além da questão regional em que áreas no interior do Brasil refletem um menor acesso aos serviços médicos, há também a falta de interesse público. Havendo a necessidade de se criar um protocolo de triagem mais rigoroso, com melhor capacitação e melhor acesso aos serviços especializados. Por fim se faz necessário uma melhor política de notificação para que se possa fazer um planejamento adequado para o rastreamento e tratamento dessa patologia no diferentes nichos.

REFERÊNCIAS

- 1- Lopez FA, Junior DC. Tratado de Pediatria. 2.ed. Barueri, SP, Editora Manole, 2009.
- 2- Robert M.Kliegman... [et al.]; Nelson, tratado de pediatria, 19.ed, Rio de Janeiro, Elsevier, 2014.
- 3-Bertoletti J, Marx GC, Júnior SPH, et al.,Quality of Life and Congenital Heart Disease in Childhood and Adolescence, Arq Bras Cardiol. Porto Alegre, RS. 2014; 102(2):192-8.
- 4-Vinas AT,Veciana AR,Hernando JM, et al.Characteristics and Outcomes of Transposition of Great Arteries in the Neonatal Period, Rev EspCardiol. 2014; 67(2):114-9.

- 5- Avila-Alvarez A, et al. Cierre quirúrgico del ductus arterioso persistente del prematuro: ¿influye la técnica quirúrgica en los resultados? *An Pediatr (Barc)*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.12.011>
- 6- T Patrícia, Zen TD, Machado RF, et al; Chromosomal Abnormalities in Patients with Congenital Heart Disease, *Arq Bras Cardiol*, Porto Alegre, RS, 2013; 101(6):495-501.
- 7- Caneo LF, Jatene MB, Riso AA, et al; Evaluation of Surgical Treatment of Congenital Heart Disease in Patients Aged Above 16 Years, *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, SP 2012;98(5):390-7.
- 8- Maria LL, Paula DA, Oliveira MGN, et al; o papel do ecocardiograma como método isolado na indicação cirúrgica de pacientes portadores de cardiopatia congênita. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet]. Maio 2005 cited 2016 Aug 26]; 84 (5): 381 - 6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0066782X2005000500006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000500006>.
- 9- Jorge CS, Pedro CC, Samuel RM, Juan CC, et al, anatomic diagnosis of congenital heart disease. A practical approach based on the sequentiality principle. *Arch. Cardiol. Méx*. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Ago 26] ; 80(2): 119-125. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402010000200010&lng=es.
- 10- Cavalcante PJV, Castello BKM, Cardoso CR, et al; Epidemiology of congenital heart disease in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc* [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Aug 28] ; 30 (2): 219-224. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010276382015000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20150018>.
- 11- Pereira OR, Panayotis A, Ronaldo V, et al; Corrected transposition of the great arteries: late clinical presentation, in the fifth decade of life. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet]. 2008 Oct [cited 2016 Aug 28]; 91(4):e35-e37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2008001600015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001600015>.
- 12- Albuquerque FCL, Maia ET, Figueiredo VF, et al. Clinical Examination and Pulse Oximetry to Detect Congenital Heart Defects, *Int J Cardiovasc Sci*, Recife, PE, 2015;28(2):148-151.
- 13- Rosa et al., Abdominal ultrasound and congenital heart disease, *Arq. Bras. Cardiol*, Porto Alegre RS, 2012;99(6):1092-9.
- 14- Oliveira PMN, Held PA, et al, profile of children undergoing congenital heart surgery and analysis of their respiratory complications, *Rev Paul Pediatr*, Campinas SP, 2012;30(1):116-121.
- 15- Lucelli GY, Diana LG, Emma CSC, et al. El adulto con cardiopatía congénita. *Rev. Mex. Cardiol* [revista en la Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Ago 28]; 26(4): 158-162. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982015000400003&lng=es.

16- Miyague NI, Cardoso SM, Meyer CF, et al., Cardiopatias congênitas na infância e adolescência ArqBrasCardiol, Curitiba, PR, 2003; 80: 269-73.

17- Vale BTL, Sá DMJ, Haickel NR, et al; Congenital cardiac disease in childhood x socioeconomic conditions: a relationship to be considered in public health? Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2014 Sep [cited 2016 Sep 04]; 29(3): 448-454. Availablefrom:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010276382014000300448&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20140042>.

“OVERLAP SYNDROME”: A SÍNDROME DA SUPERPOSIÇÃO ASMA/DPOC – UMA NOVA ENTIDADE NOSOLÓGICA OU UM MODISMO SEMÂNTICO?

*Roberto Mohamad Veloso Centro Universitário Serra dos Órgãos
UNIFESO -2016*

PALAVRA-CHAVE: Síndrome da Superposição Asma/DPOC; Asma; DPOC; Doenças respiratórias.

INTRODUÇÃO

O paciente com síndrome de sobreposição asma-DPOC (ACOS)

A semelhança entre asma e DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), em pacientes com doença iniciada após os 40 anos, pode dificultar o diagnóstico médico. Quando um paciente exibe pelo menos uma das características das duas doenças, considera-se que ele tem uma síndrome de sobreposição (overlap syndrome)¹. Visando facilitar a identificação da sobreposição de asma e DPOC, melhorar o diagnóstico e uniformizar a denominação, um novo capítulo sobre o tema foi incluído no último consenso da GINA, em (2014)². São pacientes com uma limitação persistente do fluxo aéreo e que têm quadro clínico e evolução associados tanto à asma, como à DPOC⁴. Eles vivenciam exacerbações constantes, baixa qualidade de vida, declínio da função pulmonar mais rápido e alta mortalidade³.

Estudos indicam que cerca de 17% dos pacientes com diagnóstico de Asma tem também DPOC, sendo que esta frequência parece aumentar com a idade.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Pesquisar as estratégias de intervenção “overlap syndrome”: a Síndrome da Superposição Asma/DPOC.

Objetivo Específicos

- Estudar as alternativas de tratamentos utilizados na Síndrome da Superposição.
- Averiguar através da literatura científica atual a fisiologia da Síndrome da Superposição.
- Descrever o conceito, manifestações clínicas, exames complementares e tratamento da Síndrome da Superposição.

METODOLOGIA

A pesquisa viabiliza descrever a Síndrome da Superposição Asma/DPOC. Foi feito levantamento bibliográfico, abordagem em sites referente ao assunto, revistas, artigos, livros e jornais. Foi abordando o Tratamento farmacológico, sintomatologia, manifestações clínicas sobre a patologia em si. As fontes foram analisadas por meio do método de Análise de Conteúdo, pesquisa de caráter qualitativo sobre as regras de Vancouver.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a concretização dos objetivos propostos realizou-se uma pesquisa bibliográfica, com foco conceitual sobre a Síndrome de superposição (Overlap Syndrome), com hipóteses etiológicas, sintomatologias, diagnóstico e tratamento. A pesquisa se realizou com a descrição dos diversos autores sobre o tema, bem como com a confrontação de ideias entre os mesmos.

MATERIAIS UTILIZADOS

Para o desenvolver da pesquisa bibliográfica, foram realizadas consultas na literatura atual com autores especialistas no assunto, dentre outros, bem como artigos científicos, periódicos, revistas e sites oficiais como o Scielo e o Medline, que puderam fornecer informações acerca do tema.

ANDAMENTO DA ANÁLISE DO MATERIAL, RESULTADOS PARCIAIS:

Para o desenvolver da pesquisa bibliográfica, foram realizadas consultas na literatura atual com autores especialistas no assunto como NIELSEN et al⁵., definem a ACOS como um fenótipo misto, com a combinação de características de ambas as patologias. ACOS também é definida por alguns autores^{6,7}, como uma síndrome que afeta adultos, geralmente com uma história significativa de tabagismo, uma obstrução do fluxo aéreo parcialmente reversível ou fixa e evidência de atopia ou asma. Explicam ainda, a Síndrome da Sobreposição Asma/DPOC, dentre outros, bem como artigos científicos, periódicos, revistas e sites oficiais como o Scielo e Medline, que puderam fornecer informações acerca do tema. Foram utilizados para pesquisa em fonte de dados científicos da internet as seguintes palavras chaves: Síndrome da Superposição Asma/DPOC; Doenças respiratórias. Estudos recentes, que incluíram pacientes com DPOC e antecedentes de asma demonstram que os pacientes com essa sobreposição têm geralmente idade inferior àquela de pacientes com DPOC apenas, assim como menor história de exposição ao tabaco, exacerbações mais frequentes e maior perda de qualidade de vida. Os pacientes com essa sobreposição foram responsáveis por gastos em cuidados de saúde cinco vezes superiores àqueles com apenas um dos diagnósticos⁶. Analisaram dados de pacientes durante 18 meses, tendo verificado que 68% dos mesmos apresentavam dispnéia de esforço e tosse produtiva e 63% apresentavam dispnéia paroxística com sibilância. Observaram que os doentes apresentaram comprometimento persistente da função respiratória, pós broncodilatador. Médicos são amplamente treinados para reconhecer sinais e sintomas em pacientes e atribuir a estes sinais e sintomas de uma doença única/ diagnóstico. Na prática, este modelo unicista transforma seres clínicos em rótulos. Quando rotulados, recebem tratamentos

padrão que muitas vezes ignoram as particularidades de seus casos. Consensos internacionais pela Iniciativa Global para a Asma e da Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, que estudam a associação diagnóstica entre a asma e DPOC, respectivamente, têm sido de grande valor na sistematização do cuidado e padronizar o tratamento destas condições, mas, na verdade, eles são simplificações de uma grande variedade de quadros clínicos que combinam características de ambas as doenças das vias aéreas. Na tentativa de corrigir esta imprecisão, o conceito de síndrome de sobreposição foi proposto: a síndrome de asma e DPOC sobreposição (ACOS).

Ao invés de rotular doenças, ignorando que as variações de uma regra são mais comuns do que a própria regra, devemos entender que existem marcadores objetivos que ajudam a construir o perfil clínico e laboratorial, permitindo a escolha adequada do tratamento. A síndrome de sobreposição tem sido crescentemente reconhecida, embora as suas características clínicas ainda não estejam bem definidas. Verifica-se a necessidade de realização de mais trabalhos científicos acerca da prevalência de ACOS, tendo em conta que a terapêutica administrada a estes doentes são muito semelhantes, requer a progressão de aprofundar –se clinicamente acerca de um diferencial para que a terapêutica seja apropriada e distinta relativamente à asma e à DPOC, permitindo ao médico um diagnóstico preciso assim como conduta adequada ao conduzir o quadro clínico, enquanto patologias isoladas. Pois pacientes vivenciam exacerbações constantes, baixa qualidade de vida, declínio da função pulmonar e alta mortalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao levantamento bibliográfico de artigos e periódicos recentes sobre o tema, observa-se que não existe consenso sobre vários aspetos clínicos e diagnósticos dos doentes com Overlap/ Síndrome da Superposição Asma/DPOC. Os pacientes com essa sobreposição foram responsáveis por gastos em cuidados de saúde cinco vezes superiores àqueles com apenas um dos diagnósticos.

Verifica-se a necessidade de realização de mais trabalhos científicos acerca da prevalência de ACOS, tendo em conta que a terapêutica administrada a estes doentes são muito semelhantes, requer a progressão de aprofundar –se clinicamente acerca de um diferencial para que a terapêutica seja apropriada e distinta relativamente à asma e à DPOC, permitindo ao médico um diagnóstico preciso assim como conduta adequada ao conduzir o quadro clínico, enquanto patologias isoladas. Pois pacientes vivenciam exacerbações constantes, baixa qualidade de vida, declínio da função pulmonar e alta mortalidade. A síndrome de sobreposição tem sido crescentemente reconhecida, embora ainda não tenha definido se a mesma se enquadra no perfil de uma entidade nosológica ou se adequa a um “Modismo Semântico”. As suas características clínicas ainda não estejam bem definidas.

REFERÊNCIAS

1. GIBSON, P.G, SIMPSON, J.L. A síndrome de sobreposição da asma e da DPOC: quais são suas características e sua importância? *Tórax* 64: 728-735, 2009.
2. GINA. Iniciativa Global para a Asma. Estratégia Global para Asthma Management and Prevention. Bethesda MD: National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Disponível em: <<http://www.ginasthma.com>. de 2014>. Acesso em 29 ago.2016.

3. SOLER.C. J.; COSÍO, B.; IZQUIERDO, J. L, LÓPEZ, C. J. L; MARÍN, J.M, Documento Viejor JL. Consensus na sobreposição fenótipo DPOC à asma em Pacientes com DPOC. Arquivos de Bronconeumologia, 48: 331-7, 2012.
4. ABRAMSON, et al., Precisão da asma e diagnóstico de DPOC em Clínica Geral australiano: um Estudo de methods Miscelânea. Primary Care Respiratory Journal, 21: 167-173, 2012
5. NIELSEN, B., as características clínicas da síndrome de sobreposição asma COPD - Uma revisão sistemática. International Journal of COPD [periódico online]. 2015 [Cited 2016 Fev 17]; 10: 1443-1454. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>> Acesso em 30 ago.2016.
6. MARCO, M. et al., Asma, DPOC e sobreposição síndrome: um estudo longitudinal em jovens adultos europeus. Eur Respir J. 2015; 46: 671-9.
7. ZEKI, S.; CHAN, A.; LOUIE. A asma DPOC = síndrome de sobreposição: um problema clínico comum na idosos. Journal of Allergy [Periódico online]. 2011 [cited 2016 Fev 17]; 2011. Disponível em:<<http://www.hindawi.com/journals/ja/>> Acesso em 28 ago.2016.

ZIKA VÍRUS, MICROCEFALIA E AS ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS

FILHO, Rui Cezar S. O. Discente do Curso de Graduação em Medicina.

MORGADO, Flávio Eduardo F., Docente do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Zika vírus, alteração oftalmológica, uveíte, microcefalia

INTRODUÇÃO

O ZIKAV é um arbovírus do gênero *Flavivirus*, família Flaviviridae, que foi identificado a primeira vez em 1947 na floresta Zika em Uganda. A primeira evidência de infecção humana pelo ZIKAV foi identificada no ano de 1952 no leste da África. Em 2007 ocorreu um surto nas ilhas Yap e em outras ilhas perto dos Estados Federados da Micronésia. No início de 2015 ocorreu um surto no Nordeste brasileiro, quando foi monitorado o aparecimento de casos de uma síndrome febril exantemática. Os doentes apresentavam exantema maculopapular, prurido e febre baixa ou ausência de febre, podendo apresentar também cefaleia, hiperemia conjuntival não pruriginosa e não purulenta, dor e edema nas articulações.

A transmissão é principalmente vectorial por mosquitos do gênero *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*. O vírus normalmente é transmitido para artrópodes hematófagos durante a sua refeição e reproduz no vetor, sem afeta-lo. Outras formas de transmissão que estão sendo conhecidas são a relação inter-humana, através de relações sexuais, e também foi descrito a transmissão vertical, que está sendo considerada responsável por um aumento excessivo no número de nascimentos de crianças com microcefalia.

Devido a esse aumento no número de casos de microcefalia, principalmente no Nordeste brasileiro verificou-se que além de lesões em SNC nos RN nascidos com microcefalia, têm apresentado alterações oculares importantes. Demonstrando assim importância de um acompanhamento com oftalmologista.

Além das alterações oculares relacionadas a microcefalia por zika, casos de infecção ocular direta como, casos de conjuntivites não purulentas que evoluem para quadros de uveítes anteriores foram descritos. Este trabalho visa apresentar as principais alterações oftalmológicas ocasionadas pela infecção pelo ZIKAV.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Revisão sistemática da literatura corrente

Objetivos Específicos

Identificar lesões oftalmológicas relacionadas a infecção pelo ZIKAV.

Identificar os principais casos de danos oculares relacionados ao vírus

Identificar os principais relatos de alterações oculares relacionadas a doença do ZIKAV

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática, fazendo uma pesquisa eletrônica usando o Medline (PubMed), BVS e google acadêmico. As publicações selecionadas relacionadas ao tema, foram avaliadas, quanto a sua validade e conteúdo sendo apresentado e sumarizado. No método de busca foi usado palavras chaves como ZIKA vírus, ZIKA vírus Eye damage, Zika vírus oftalmological damage. Os 13 artigos selecionados e utilizados na revisão foram publicados entre os anos de 2007 e 2015 e tiveram suas referências revisadas. As obras foram escolhidas devido o conteúdo estar relacionado com o tema.

Para fundamentação teórica foi utilizado, o livro Oftalmologia Geral de Daniel Vaughan, Taylor Asburry e Paul Riordan-Eva, na 15ª edição, juntamente com o livro Oftalmologia clinica uma Abordagem sistemática de Jack J. Kansky 4ª edição.

Discussão

O ZIKAV é um arbovírus do gênero *Flavivírus*, família Flaviviridae, foi descoberto em 1947, a partir do macaco Rhesus na floresta ZIKA em Uganda. Até agora estão descritas 2 linhagens do vírus da zika. Uma africana e uma asiática, um estudo recente aponta que a linhagem africana pode ser dividida em leste e oeste.¹

No início de 2015, após a vinda massiva de visitantes estrangeiros no Brasil, para a copa do mundo de 2014, começou a ser identificado inúmeros casos de uma síndrome exantemática indeterminada, principalmente no Nordeste do Brasil. Os casos apresentavam exantema maculopapular, prurido, febre baixa ou ausência de febre, podendo ter apresentado cefaleia, dor retro orbitária, hiperemia conjuntival não pruriginosa e não purulenta, dor e edema em tornozelos, punhos e outras articulações.¹

Devido as apresentações clinicas encontradas as principais doenças consideradas suspeitas e investigadas foram: dengue, rubéola, parvovírus b 19, chikungunya, sarampo, outros arbovírus e enterovírus. Entre os arbovírus estudados estavam o ZIKAV, assim sendo identificada.^{1,2}

A transmissão é principalmente vectorial por mosquitos da família Culicidae e do gênero Aedes, principalmente Aedes aegypt. O vírus normalmente é transmitido para artrópodes hematófagos durante a sua refeição de sangue e reproduz no vetor, sem afeta-lo, permanecendo no inseto durante todo o seu ciclo de vida.

Outras formas de transmissão que estão sendo conhecidas são a relação inter-humana, através de relações sexuais, e também foi descrito a transmissão vertical, que está sendo considerada responsável por um aumento excessivo no número de nascimentos de crianças com microcefalia.

Em estudos realizados recentemente, ficou evidente uma relação entre a infecção por ZIKAV, e a alterações oculares apresentados por pacientes sejam eles portadores sintomáticos do vírus, ou mesmo quando relacionada a infecção de gestantes causando alterações oftalmológicas nos conceptos.^{2,3,4,5,6,7,8,9}

Em um estudo realizado na ilha de YAP na micronésia, ficou claro o aparecimento frequente de sintomas oculares em pacientes com infecção ativa do ZIKAV. O principal sintoma ocular apresentado foi uma conjuntivite não purulenta seguida de dor retro orbitaria.³

Há também um relato de caso de uma uveíte anterior, causada pela infecção comprovada e também um caso de uma iridociclite hipertensiva devido a infecção suspeita por ZIKAV. No qual o paciente apresentou sintomas similares a febre do zika, como febre, exantema maculopapular e dor articular.^{4,5}

Após o surto da zika no território brasileiro quando foi observado um aumento no número de casos de microcefalia, principalmente no Nordeste. Foi relatado alterações oculares em crianças nascidas de mães que tiveram infecção suspeita por zika vírus. Sendo inclusive observada pela sociedade brasileira de oftalmologia pediátrica que lançou um parecer sobre o devido acompanhamento que deve ser realizado nessas crianças.^{6,7,8,9}

Em relação ao comprometimento ocular direto pelo ZIKAV, foi relatado o caso de um homem de 40 anos, com histórico médico normal, apresentando a 2 dias uma hiperemia ocular bilateral e erupção cutânea. O vírus da zika foi identificado na amostra de soro por PCR e uma amostra de sangue periférico, acusou positivo para anticorpos IgG para zika.⁴

Oito dias após início dos sintomas, na avaliação oftalmológica, demonstrou acuidade visual de 20/20 no olho Direito e 20/40 no olho esquerdo, a acuidade visual comprometida, foi atribuída a ambliopia que foi detectada quando jovem.⁴

O exame também mostrou hiperemia conjuntival bilateral a ectoscopia, precipitados queratinícos não granulomatosos e grau 0,5 + de leucócitos. Na câmara anterior do olho direito há grau 2+ de flare aquoso.⁴

Foi realizada paracentese no olho direito do paciente, para coleta do humor aquoso para realização de teste da reação polimerase em cadeia (PCR), que foi positivo para vírus da zika. Foi estabelecido tratamento sob prescrição de antibióticos e corticosteroides, sendo feito ciprofloxacina e dexametasona respectivamente, no olho direito.⁴

Após 8 dias de tratamento a acuidade do paciente era 20/20 no olho direito e 20/60 no olho esquerdo, foi realizada nova paracentese da câmara anterior do olho esquerdo desta vez e realizado novo teste (PCR) para zika, que foi negativo.⁴

Após 7 dias de tratamento usando os glicocorticoides a acuidade visual retornou ao seu nível de base, ouve melhora dos sintomas, apresentando-se sem sinais de uveíte em curso.⁴

Portanto a suspeita de que as pessoas infectadas por zika vírus, que desenvolve uma conjuntivite não purulenta tem chance de potencialmente desenvolver uma uveíte de câmara anterior, foi comprovada.⁴

Em relação as alterações oculares relacionadas a microcefalia por ZIKAV, um estudo que foi realizado em Salvador entre 1 de dezembro e 21 de dezembro de 2015 foram avaliadas

29 as crianças microcefálicas e suas mães, em Salvador, Bahia. Para avaliar possíveis alterações oftalmológicas, oftalmologistas especialistas em retina, uveíte e neuro-oftalmologia avaliaram os pacientes.^{6,7}

A suspeita de infecção ZIKV congênita, foi baseada em sintomas clínicos apresentados pelas mães durante a gravidez, incluindo erupção cutânea, febre, artralgia, dor de cabeça, prurido e mal-estar.⁷

Das 29 crianças avaliadas, vinte e três das 29 mães (79,3%) apresentaram sinais e sintomas de ZIKAV durante a gravidez, que incluíram erupção cutânea (21 mães), febre (13 mães), artralgia (11 mães), dor de cabeça (5 mães) e coceira (4 mães). Todas as mães negaram sinais ou sintomas de conjuntivite, e ou sinais de uveíte anterior ativa e todos tiveram resultados normais no exame ocular.^{6,7}

As alterações oculares foram encontradas em 10 dos 29 pacientes com microcefalia estudados (34,5%). As alterações mais encontradas foram manchas focais do epitélio pigmentar e atrofia coriorretiniana em 11 dos 17 olhos com anormalidades, cerca de 60% do total. Grave atrofia coriorretiniana na região da macula foi observado em 3 olhos.^{6,7}

CONCLUSÃO

Como visto nessa revisão, a doença do zika vírus está intimamente relacionada com alterações oculares importantes. Desde infecções oculares diretas, como nos casos de uveítes e casos de transmissão vertical, levando a microcefalia e a achados oftalmológicos de danos severos.

Estes quadros de infecção direta necessitam de avaliação de médicos especialistas, para que o diagnóstico seja realizado e tratamento assim seja implementado com sucesso e evite complicações.

Devido ao aumento do número de crianças nascidas com microcefalia, a preocupação dos possíveis danos oculares apresentados cresceu. A SBOP, lançou um parecer demonstrando a necessidade de um segmento especial no acompanhamento oftalmológico dessas crianças microcéfalas.

Portanto este trabalho visou apresentar esses danos oftalmológicos causados pela infecção do ZIKAV, demonstrando a importância da atenção a pacientes que apresentem sintomas oftalmológicos, dessa doença relativamente nova e pouco conhecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ministério da saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença. Boletim epidemiológico, volume 46 Nr. 26, ano de 2015
2. Luz K.G, Santos G.I.V, Vieira R.V- Zika vírus fever, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Instituto de Medicina Tropical, Natal-RN, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(4):785-788, out-dez 2015

3. Duffy MR, Tai-Ho C, Hancock WT, Powers AM, Kool JL, Lanciotti RS, et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *N Eng. Med.* 2009 Jun; 360(24):2536-43.
4. Uveitis Associated with Zika Virus Infection, J.M.F, D.L.E, T.M.K. et all. Uveitis Associated with Zika Virus Infection, the New England journal of Medicine, Universidade de São Paulo, Ribeirao Preto Brasil, publicado no NEJM.org. em 22 de jun, 2016
5. Bruno M. Fontes, Zika virus-related hypertensive iridocyclitis, Centro de Microcirurgia e Diagnóstico, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. 15, janeiro 2016 OK
6. Freitas, B.P; Dias, J.R.O.; Prazeres J.ET all, Ocular Findings in Infants With Microcephaly Associated With Presumed Zika Virus Congenital Infection in Salvador, Brazil. American Medical Association, 9 de Fev 2016
7. McCarthy M., Severe eye damage in infants with microcephaly is presumed to be due to Zika virus, *BMJ* 2016;352:i855 doi: 10.1136/bmj.i855 (Published 10 February 2016)

ARBOVIROSES; OS OLHOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM 2015 REVISÃO DE LITERATURA

Tâmara Nunes de Oliveira, acadêmica de Medicina - UNIFESO

Mário Castro Alvarez Perez, professor – UNIFESO

Com os eventos de massa de alcance internacional ocorridos no Brasil nos últimos dois anos, ampliou-se o fluxo de pessoas e agentes de doenças transmissíveis, como as febres causadas pelos vírus Zika, dengue, chikungunya e outras febres hemorrágicas. Nesses termos, novas arboviroses, bem como sarampo e cólera, entre outras doenças, passaram para o horizonte de atenção e vigilância em saúde do país. Em fevereiro de 2015, meses após a Copa do Mundo FIFA no Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) passou a monitorar um registro excessivo de casos de uma síndrome exantemática indeterminada nos estados da região Nordeste do Brasil. Os casos relatados apresentavam exantema maculopapular, prurido e febre baixa (ou ausente), às vezes em associação com cefaleia, hiperemia conjuntival não pruriginosa e não purulenta, dor e edema nos punhos e tornozelos. A faixa etária mais acometida era aquela compreendida entre 20 e 40 anos, apesar da existência de relatos de acometimento de pacientes nos extremos da vida – desde 4 meses de vida até 98 anos de idade. Posteriormente, com a percepção de um aumento no registro de neonatos com microcefalia em tal região geográfica do Brasil, as atenções das autoridades de saúde pública foram progressivamente direcionadas para a sua possível relação causal com o surto da síndrome exantemática observada. Estudos caso-controlado apontaram no sentido da relação etiológica de ambas condições com o vírus ZIKA.

A febre pelo Zika vírus (ZIKAV), causada por um arbovírus do gênero *Flavivirus*, que é endêmico na Ásia, África, Oceania e agora nas Américas, configura um significativo problema de saúde pública nacional. A principal via de transmissão do ZIKAV é vetorial, por meio da picada de mosquitos do gênero *Aedes*, incluindo o *Aedes aegypti* e o *Aedes albopictus*. Com um período de incubação de 3-6 dias, a condição é pouco descrita clinicamente, sendo mais frequente (cerca de 85% das vezes) a infecção assintomática. Quando clinicamente manifesta, trata-se de uma doença febril aguda, autolimitada, que, geralmente, não se associa a complicações graves, não havendo registro de mortes e tendo uma baixa taxa de hospitalização. O quadro clínico se caracteriza por febre baixa, exantema maculopapular, artralgias, mialgias, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais, principalmente vômitos. Recentemente, foi observada ainda uma possível correlação entre a infecção pelo ZIKAV e a síndrome de Guillain-Barré (SGB) em locais com circulação simultânea do vírus da dengue. O diagnóstico laboratorial específico da infecção por ZIKAV baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos. O período virêmico da doença ainda não foi estabelecido, mas acredita-se ser curto, o que permitiria a detecção direta do vírus em até 4 a 7 dias após o início dos sintomas. Para tanto, apesar da

disponibilidade restrita do exame na rede, a confirmação da infecção pode ser conseguida pela reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (RT-PCR), exame realizado em laboratórios de referência da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Não há tratamento específico para a doença. O tratamento recomendado para os casos sintomáticos inclui o uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e manejo da dor. No caso de erupções pruriginosas, podem ser usados os anti-histamínicos.

Outra doença em destaque – não somente na atualidade, mas que há algumas décadas traz preocupação para os órgãos de saúde brasileiros – é a dengue. Identificada pela primeira vez em 1950, na Tailândia e Filipinas, nos últimos 25 anos, a dengue tornou-se hiperendêmica em muitos centros urbanos de países tropicais. Atualmente, são mais de 100 países atingidos, caracterizando-se a doença por ser uma condição mórbida predominantemente de países pobres e em desenvolvimento. A transmissão da dengue também se dá pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Cinco sorotipos distintos do vírus já foram identificados, sendo que os sorotipos DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4 já eram conhecidos há longa data, enquanto que, mais recentemente, o sorotipo DEN-5 foi identificado em uma epidemia na Malásia. Após infecção por um destes sorotipos, o indivíduo adquire imunidade vitalícia sorotipo-específica (anticorpos homólogos) e proteção parcial e transitória contra infecções subsequentes por outros sorotipos (anticorpos heterólogos). Infecções sequenciais por outros sorotipos aumentam o risco de doença mais grave, como a febre hemorrágica da dengue, supostamente em razão do fenômeno de facilitação imune. Os sinais e sintomas da dengue clássica, geralmente, são caracterizados por febre alta, cefaleia, mialgias, prostração, artralgias, inapetência, astenia, dor ocular, náuseas, vômitos e manchas eritematosas na pele, quadro acompanhado ou não de prurido. Em 3 a 7 dias, a temperatura corporal começa a se normalizar. Nesse momento, os sintomas regridem, podendo permanecer, contudo, um quadro prolongado (por algumas semanas) de astenia. Dengue hemorrágico pode ocorrer após reinfeção pelo vírus (por outro sorotipo), contexto em que os sintomas são em geral mais graves que os da dengue clássica. No início do quadro de dengue hemorrágico, no entanto, os sinais e sintomas presentes são semelhantes aos da forma clássica, apesar de mais frequentemente acabarem evoluindo para a coexistência com francos sinais hemorrágicos – destaque-se, porém, que o dengue hemorrágico é reconhecido fundamentalmente pela presença de trombocitopenia e hemoconcentração, mesmo na ausência de sangramentos –, dentre eles petéquias, equimoses, hemorragias mucosas, hematêmese e/ou melena. O tratamento inadequado pode levar os pacientes acometidos pela condição ao óbito em até 24 horas.

A forma mais grave dentre todas as apresentações desta arbovirose é a síndrome do choque da dengue (SCD). Os principais sintomas dessa forma – os chamados sinais de alerta – são: dor abdominal contínua; vômitos; hepatomegalia dolorosa; redução da pressão de pulso (diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica) ≤ 20 mmHg; pele fria e pegajosa; elevação súbita do hematócrito ($> 20\%$ no período de 24 horas); ~~pequenas hemorragias~~ sudorese; taquicardia; cianose; oligúria; e choque grave. Podem ainda haver sinais de maior gravidade, como acidose metabólica e coagulação intravascular disseminada, podendo ocorrer o óbito em quatro a seis horas, se não houver um tratamento imediato e intensivo. Se o quadro for superado, a recuperação do indivíduo ocorre em até três dias. Dentre as técnicas utilizadas para a detecção do vírus da dengue, o ensaio imunoenzimático (ELISA) é o mais utilizado, detectando anticorpos IgM específicos contra o vírus a partir do sexto dia da doença, momento em que os anticorpos começam a surgir na corrente sanguínea; esse aspecto configura uma desvantagem desse método diagnóstico nos casos que necessitam de urgência para a confirmação da doença. Dos exames laboratoriais rotineiros, o hemograma

completo é o mais indicado tanto para o diagnóstico do dengue hemorrágico, quanto para o acompanhamento da evolução da doença. Na forma clássica da dengue, são encontradas alterações inespecíficas como leucopenia, neutropenia e presença de linfócitos atípicos; na forma hemorrágica, há hemoconcentração (aumento de 20% em relação ao hematócrito habitual do paciente) – derivada da perda de líquidos para o espaço extravascular – e trombocitopenia (abaixo de 100.000 plaquetas/ μ L). Embora não seja específica do dengue hemorrágico – pode ser alterada também na forma clássica e em outras doenças –, a prova do laço pode ser útil como um método diagnóstico mais rápido, sendo a prova considerada positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

Não existe ainda um tratamento específico contra o vírus da dengue. Nos casos mais brandos, é indicado repouso, hidratação intensa com soro e líquidos caseiros, como água, chás e suco de frutas. Os medicamentos indicados são sintomáticos, dentre eles analgésicos/antitérmicos (especialmente paracetamol, mas também dipirona), antieméticos e anti-histamínicos, sendo contraindicados os salicilatos e anti-inflamatórios não hormonais, em razão do risco de provocar hemorragias. Nos pacientes com dengue hemorrágico, os cuidados são mais cautelosos, sendo recomendada monitoração mais de perto e, em vários casos, hidratação venosa; nesses casos, o conhecimento do grau de hemoconcentração é fundamental para o acompanhamento da intensidade e eficácia da hidratação. Já para os pacientes com a síndrome de choque da dengue, são recomendados cuidados intensivos com monitorização constante da pressão arterial, débito urinário, ocorrência de manifestações hemorrágicas e grau de consciência, além de volumosa e efetiva hidratação venosa.

OBJETIVOS

Realizar uma ampla revisão e atualização da literatura acerca de duas arboviroses prevalentes no Brasil, a febre pelo Zika vírus e a dengue.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, com referencial teórico embasado em artigos científicos e no *site* do Ministério da Saúde.

Considerações finais: O trabalho ora desenvolvido visa a tornar-se uma ferramenta relevante para atualização e alcance de um conhecimento mais profundo acerca da problemática representada por duas das arboviroses (febres hemorrágicas) mais importantes, em termos de Saúde Pública, no Brasil, a dengue e a Zika. Considerações acerca de suas características epidemiológicas, manifestações clínicas, perfis de suas complicações e dificuldade na erradicação dos vetores envolvidos, são desenvolvidas ao longo do trabalho. A febre pelo vírus Zika, principalmente, por ser uma doença emergente, ainda em expansão, necessita ser melhor esclarecida. O maior desafio que justifica a realização deste trabalho é poder acrescentar conhecimento aos leitores, em razão das constantes e necessárias atualizações realizadas na literatura pertinente nos últimos anos. Desta forma, reunindo os avanços recentemente experimentados no estudo acerca da temática, pensamos estimular o leitor a poder contribuir para o controle dessas doenças e, nesse sentido, para a Saúde Pública do país.

REFERÊNCIAS

1. IOOS S, Boletim epidemiológico. Zika virus epidemiology and recent epidemics. *Med Mal Infect.* 2014 Jul;44(7):302-7.
2. ZAMMARCHI Let al. Boletim epidemiológico. Zika virus infections imported to Italy: clinical, immunological and virological findings, and public health implications. *J Clin Virol.* 2015 Feb;63:32-5.
3. MUSSO D, Boletim epidemiológico. Potential sexual transmission of Zika vírus. *Emerg Infect Dis.* 2015 Feb;21(2):359-61
4. BRASIL, Ministério da Saúde. SVS informa procedimentos a serem adotados para a vigilância da Febre da Zika no Brasil. Blog da Saúde, Brasília-DF, 2015 f.
5. ACHEE, N. L. *et al.* A Critical Assessment of Vector Control for Dengue Prevention. May 7, 2015 DOI: 10.1371/journal.pntd.0003655, 2015.
6. BARRETO, M.L. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa, *Estud. av.* vol.22 no.64 São Paulo Dec. 2008.
7. BOTELL, M.L.; BERMÚDEZ, M.R. Dengue. *Rev Cubana Med Gen Integr* vol.28 no.1 Ciudad de La Habana mar. 2012.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. A nova classificação de caso de dengue- OMS. Brasília-DF, 2016 b.

METILFENIDATO: ESTUDO SOBRE O USO PELOS ESTUDANTES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO UNIFESO

CENTURIÃO, Fernanda Bossemeyer. Docente do curso de Graduação em Medicina e Farmácia PALMIERI, Tércia Paschoalin. Discente do curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS CHAVES: metilfenidato, uso indiscriminado, estudantes de medicina.

INTRODUÇÃO

O Cloridrato de Metilfenidato é o principal medicamento para o tratamento de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Ele é um estimulante do SNC pertencente à família das anfetaminas e promove o aumento de dopamina nas sinapses.¹ Possui efeitos colaterais como cefaleia, taquicardia, anorexia e tem um elevado risco de dependência por parte dos usuários.² O aumento expressivo do consumo pode ser atribuído ao uso indiscriminado dessa droga por parte de pessoas saudáveis sem diagnóstico de Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade.³ O uso é baseado na crença de aumentar a concentração e melhora no desempenho acadêmico.⁴ Tendo em vista o uso indiscriminado de metilfenidato pela comunidade médica, esta pesquisa visa quantificar e definir um perfil estatístico dos estudantes do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO que utilizam essa substância, por meio da aplicação de questionário.

OBJETIVOS:

Geral

Detectar a prevalência do uso de metilfenidato nos acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).

Específicos

(1) Identificar o tempo de uso da substância; (2) Reconhecer se há indicação médica correta para o uso da medicação; (3) Apresentar a diferença estatística através dos períodos; (4) Determinar se houve melhora no rendimento dos estudantes após o consumo da substância e (5) Reconhecer se há indicação médica correta para o uso da medicação.

METODOLOGIA

Este estudo foi efetuado por uma pesquisa quantitativa, foi submetido à Plataforma Brasil. Foi elaborado um questionário individual para obtenção dos dados e caracterização demográfica dos acadêmicos. Esse foi constituído por 20 perguntas objetivas e discursivas. O questionário foi aplicado de forma aleatória do 1º ao 8º período do curso de Medicina do UNIFESO contabilizando um total de 224 questionários preenchidos. Foram excluídos

os alunos do internato (9º ao 12º período), pois esses não são submetidos ao mesmo padrão de avaliação dos outros períodos.

RESULTADOS

A partir dos dados coletados nos questionários preenchidos pelos alunos, obtiveram-se os seguintes resultados: Em relação ao uso do metilfenidato, dos 224 entrevistados, mostra que 21 alunos utilizam o medicamento (9% dos entrevistados) e 203 responderam que não tomam o medicamento (91%).

Em relação às 21 pessoas que utilizam o metilfenidato pode-se observar na Tabela 1 que 20 usam Ritalina® e apenas 1 utiliza Concerta® (outra formulação de Metilfenidato disponível no mercado). Em relação aos 21 alunos que utilizam, apenas 7 são por indicação médica (33%) e 14 fazem sem indicação médica (67%). Desses 7 que usam por indicação médica, 3 são por indicação de psiquiatra, 3 por indicação de neurologista e uma pessoa não respondeu. A indicação para o uso do metilfenidato para 6 pessoas foi o TDAH (29%), e um não respondeu.

Tabela 1: Alunos que usam metilfenidato

Metilfenidato utilizado		
Ritalina	20	95%
Concerta	1	5%
Uso por indicação médica		
Sim	7	33%
Não	14	67%
Especialidade		
Psiquiatra	3	43%
Neurologista	3	43%
Não respondeu	1	14%
Indicação terapêutica		
TDAH	6	29%
Não respondeu	1	5%
Tempo de utilização		
< 6m	10	48%
6m-1a	3	14%
1a-2a	1	5%
2a-3a	5	24%
>3a	2	10%
Melhora rendimentos		
Sim	18	86%
Não	3	14%
Não respondeu	1	5%

Na Tabela 1, nota-se que a maioria dos 21 alunos que tomam metilfenidato, fazem uso a mais de 6 meses (48%). Quando questionados sobre a melhora do rendimento 86% responderam que há melhora. Em contrapartida 14% não relataram, e 5% não responderam.

Em relação ao conhecimento dos estudantes sobre o uso do medicamento, chegou-se aos seguintes resultados: dos 224 entrevistados, 84% conhecem estudantes que fazem uso do medicamento, porém 16% desconhecem o uso pelos alunos. A respeito da compra ilegal, 32% dos estudantes sabem onde adquirir o medicamento sem receita médica, enquanto 68% não tem essa informação (Tabela 2).

Tabela 2: Uso abusivo na faculdade

	N (224)	Percentual (%)
Conhecimento de pessoas que usam		
Sim	188	84%
Não	36	16%
Sabe onde comprar		
Sim	72	32%
Não	152	68%
Acredita que há uso abusivo na faculdade		
Sim	180	80%
Não	44	20%

Ainda na Tabela 2, observa-se que 80% dos alunos entrevistados acreditam que há um uso abusivo de metilfenidato na UNIFESO e somente 20% negam. Este trabalho mostra que 67% dos estudantes entrevistados que fazem uso da droga não possuem diagnóstico de Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade. Corroborando com esses dados, o estudo de Pasquini (2013)⁴ identificou que 44,1% de estudantes faziam uso na ausência de prescrição médica e 0,45% usavam para melhorar o rendimento escolar.

Esses dados ajudam a comprovar a hipótese que existe o uso indiscriminado pelos estudantes, principalmente dentre acadêmicos do curso de Medicina pelo cansaço pelas longas horas de estudo. Uma pesquisa realizada na Colômbia demonstrou que o maior número de usuários se encontra no curso de medicina dentre os grupos de risco selecionados pelo Ministério da Saúde da Colômbia⁵.

Constatou-se que 86% dos estudantes acreditam na melhora do rendimento na faculdade. Segundo Pasquini (2013)⁴ todos os entrevistados afirmam que o uso do fármaco aumenta o rendimento, porque há um aumento na concentração. Outro dado relevante é a maneira pela qual os estudantes conseguem o medicamento, pois, legalmente, a Ritalina® é adquirida apenas com receita médica e sujeita a notificação.

Segundo a ANVISA, provavelmente, esses estudantes recebem prescrições médicas para uma finalidade regulamentada, diferente do neuroaprimoramento, adquirem na internet ou com colegas³. Nesse estudo, 32% dos acadêmicos analisados demonstraram saber onde comprar o metilfenidato sem receita médica. Confirmando esse fato, 35% dos alunos da UFBA também conhecem usuários que compravam o medicamento sem receita médica⁶.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, foi apresentada a prevalência do uso do Metilfenidato dentre os estudantes de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos e podemos observar que apesar de uma pequena porcentagem de usuários encontrados na pesquisa, constatou-se que o uso

pela maioria não é feito por indicação médica e muito menos para a finalidade para a qual a medicação foi proposta. Observou-se que os alunos estão em busca de melhorar o rendimento acadêmico. Ressalta-se ainda que esse medicamento seja um derivado de anfetamina, drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central, causando aumento das capacidades físicas e psíquicas, podendo levar a uma dependência difícil de ser controlada. Grande parte de seus consumidores a ingerem de modo inseguro, seja misturando com outras substâncias ou tomando em grande quantidade, o que torna o efeito inverso, podendo ser extremamente perigoso ao indivíduo. É necessário haver uma conscientização acerca dos efeitos colaterais que ocorrem com o uso prolongado da Ritalina®.

REFERÊNCIAS

1. Brunton L, Parker K, Blumenthal D, et al. Goodman & Gilman As bases farmacológicas da terapêutica. 11 ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2010.
2. Pastura G, Mattos P. Efeitos colaterais do metilfenidato. *Rev Psiq Clín* 31.2 (2004): 1004.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria 344. Brasília: Anvisa, 2013.
4. Pasquini, N.C. Uso de metilfenidato (mfd) por estudantes universitários com intuito de “turbinar” o cérebro. *Revista Biológica Farmacêutica de Campina Grande*, v.9, n.2, p.107-113, 2013.
5. Mendonza, DZU. Consumo de Substâncias psicoativas em Estudantes de Especialidades Médicas, Bogotá 2011. *Revista de Salud Pública* 4.1 (2002): 59-73.
6. Cruz TCSC, et al. "Uso não-prescrito de metilfenidato entre estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia." *Gazeta Médica da Bahia* 1 (2011).

AVALIAÇÃO DAS ENZIMAS HEPÁTICAS EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

*PEREIRA, Gelsomina Angelina Martins Costa, Docente do Curso de Graduação em
Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)*

*NALIATO, Erika Cesar de Oliveira, Doutora em Medicina (Endocrinologia) pela
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)*

*BARREIROS, Thyago Martins Costa Pereira, Discente do Curso de Graduação em
Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)*

PALAVRAS CHAVE: Diabetes; Doença hepática gordurosa não-alcoólica;
enzimas hepáticas; obesidade central.

INTRODUÇÃO

A sociedade vive atualmente em meio a uma verdadeira epidemia do Diabetes Mellitus (DM), com estimativas de cerca de 415 milhões de indivíduos acometidos em todo o mundo (IDF,2015). Os indicadores revelam que essa população tende a aumentar para mais de 640 milhões em 25 anos, com crescente proporção de acometimento da população jovem (IDF,2015). Em nosso país são aproximadamente 14 milhões de portadores, ocupando a 4ª posição no ranking mundial (IDF,2015; DIRETRIZ SBD, 2015).

O crescimento da prevalência do DM, se deve principalmente ao crescimento e envelhecimento da população, à cada vez maior prevalência de obesidade e sedentarismo, além da maior sobrevida verificada nos pacientes com a condição (WHO,2002).

Além de ser um grupo de doenças crônicas, o DM possui complicações extensas e graves, fatos esses que o tornam uma entidade clínica extremamente custosa tanto para o paciente como para o sistema de saúde (WHO,2002). No nosso país, por exemplo, analisando somente os casos em que o diagnóstico principal é o DM, temos um custo anual de aproximadamente R\$ 40 milhões, número este subestimado por não considerar os pacientes onde o diagnóstico é de alguma patologia diretamente relacionada ao DM (BAHIA, 2011).

Numerosos estudos prospectivos demonstraram que a obesidade visceral é o principal fator isolado capaz de predizer o desenvolvimento do pré-diabetes e do diabetes (NGUYEN et al, 2008; NGUYEN et al, 2011). Dessa forma indivíduos com esse tipo de adiposidade, possuem um importante fator de risco e devem ser precocemente submetidos à prevenção primária. Apesar dessa profunda ligação com a obesidade central, existe a necessidade de identificarmos outros preditores, que além de se somarem aos outros fatores de risco, sejam capazes de isoladamente nos indicarem quais indivíduos possuem risco aumentado para o desenvolvimento da doença.

Uma série de estudos realizados na última década, em diferentes centros de pesquisa, com populações diversificadas, demonstrou importante correlação entre níveis de marcadores hepáticos e o desenvolvimento de patologias interligadas ao DM2. O aumento da atividade

das enzimas hepáticas, sobretudo a alanina-aminotransferase (ALT) e a gama-glutamiltransferase (GGT) é relacionado com a Síndrome Metabólica e suas manifestações clínicas associadas. Tais ensaios alocaram a Doença Hepática Gordurosa não-alcoolica (DHGNA) não só como característica da SM, mas associaram a mesma ao desenvolvimento do DM2 (MARCHESINI et al, 2001).

Unindo os achados destes diversos estudos com a importância da vigilância sobre fatores capazes de influenciar a história natural do DM2, se torna necessário termos o máximo de informações de como marcadores simples podem auxiliar em nossas estratégias.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Avaliar os níveis de enzimas hepáticas (transaminases, GGT, fosfatase alcalina) em diabéticos.

Objetivos específicos:

Identificar pacientes com alterações dos níveis enzimáticos hepáticos e identificar relações entre as diversas variáveis clinico-laboratoriais.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, descritivo, que analisou medidas de dados de exame físico e laboratorial de 78 pacientes acompanhados em um consultório particular na especialidade de Endocrinologia. Essa análise foi feita com o objetivo de encontrar correlações entre tais dados que permitissem delinear melhores estratégias de seguimento para esses indivíduos.

ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Critérios De Inclusão:

- Pacientes com diagnóstico de DM de qualquer tipo, com exceção do DM gestacional;

- Com duas consultas médicas, com intervalo mínimo de 3 meses e sem intervalo máximo, com apresentação e aferição de todos os dados laboratoriais e do exame físico, em cada uma destas duas consultas.

Foram avaliados os seguintes dados: peso, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal, idade, pressão arterial (PAS = sistólica; PAD = diastólica), níveis de glicose (jejum) e hemoglobina glicada, níveis de transaminases (AST, ALT), gamaglutamiltransferase (GGT) e fosfatase alcalina, além da prevalência de hipertensão arterial (HAS).

ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram apresentados no formato média \pm desvio-padrão. Quando da comparação entre dois grupos, as médias foram comparadas através do teste T de Student não-pareado (paramétrico) ou do teste Mann-Whitney (não-paramétrico). As variáveis categóricas foram comparadas através do teste exato de Fisher. As relações entre duas variáveis foram avaliadas através de regressão linear e da correlação de Pearson (paramétrica) ou de Spearman (não-paramétrica). O nível de significância empregado foi de 5%.

RESULTADOS

A análise multivariada (Tabela I) mostrou que a principal influência sobre os níveis de AST no grupo estudado foram os níveis de ALT ($r^2 = 0,3755$; $p < 0,0001$). Quando se excluiu da avaliação a influência das demais enzimas hepáticas, a principal influência sobre os níveis de AST foi o IMC ($r^2 = 0,0367$; $p 0,0170$).

No caso dos níveis de ALT, detectou-se influência dos níveis de AST e GGT ($r^2 = 0,5263$; $p < 0,0001$). Quando se excluiu da avaliação a influência das demais enzimas hepáticas, a principal influência sobre os níveis de ALT foi o valor da circunferência abdominal ($r^2 = 0,0863$; $p 0,0070$).

Entretanto, a análise multivariada para os níveis de fosfatase alcalina mostrou, mesmo após o ajuste para outras variáveis, a influência significativa de idade, PAS e níveis de AST ($r^2 = 0,3358$; $p < 0,0001$).

Quanto aos níveis de GGT, a análise multivariada mostrou como principal influência os níveis de AST e ALT ($r^2 = 0,5119$; $p < 0,0001$). Quando se excluíram os níveis dessas enzimas hepáticas da avaliação, a principal influência sobre os níveis de GGT foi o IMC ($r^2 = 0,0673$; $p 0,0149$).

Tabela I – Análise multivariada das enzimas hepáticas.

Enzima	Influência	R ²	p
AST	IMC	0,0367	0,0170
ALT	Circunferência abd	0,0863	0,0070
FA	AST	0,3358	<0,0001
GGT	IMC	0,0673	0,0149

CONCLUSÃO

Os nossos resultados confirmam os estudos publicados acerca dos mecanismos propostos para o aumento das enzimas ALT e GGT nos indivíduos portadores de DM2. A obesidade central é o principal fator ligado a DHGNA. Já o controle glicêmico não se correlacionou com os níveis enzimáticos hepáticos e conseqüentemente da esteatose. Essa combinação de resultados nos sugere que medidas capazes de reduzir a obesidade central possam ser

mais eficazes para combater a DHGNA na população diabética do o simples estabelecimento de um controle glicêmico adequado.

REFERÊNCIAS

International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**. 7a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2015.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: SBD, 2015.

Organização Mundial de Saúde. **The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002.

Organização Mundial de Saúde. **Diabetes: the cost of diabetes**. WHO fact sheet. 2002 sep, n. 236.

Bahia LR, Araujo DV, Schaan BD et al. **The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System**. *Value in Health*. 2011; 14:s137-40.

NguyenQM, Srinivasan SR, Xu JH, Chen W et al. **Changes in risk variables of metabolic syndrome since childhood in pre-diabetic and type 2 diabetic subjects: the Bogalusa Heart Study**. *Diabetes Care* 2008;31:2044–2049.

Nguyen QM, Srinivasan SR, Xu JH, Chen W et al. **Elevated Liver Function Enzymes Are Related to the Development of Prediabetes and Type 2 Diabetes in Younger Adults**. *Diabetes Care*. 2011, 34 (12) 2603-2607.

Marchesini G, Brizi M, Bianchi G et al. **Nonalcoholic fatty liver disease: a feature of the metabolic syndrome**. *Diabetes*. 2001; 50:1844–1850.

FATORES OBSTÉTRICOS QUE CONTRIBUEM PARA A PREMATURIDADE

*VASCONCELLOS, Marcus José do Amaral. Docente do Curso de Graduação em
Medicina SANTOS, Typhanie Soares. Discente do Curso de Graduação em
Medicina*

PALAVRAS-CHAVE: Prematuridade; Via de parto; Mortalidade Infantil

INTRODUÇÃO

A prematuridade, definida pela idade gestacional menor que 37 semanas, é um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para a morbimortalidade infantil e para a invalidez, principalmente em países em desenvolvimento. ⁽¹⁾

O mecanismo etiológico de parto prematuro tem vários componentes. Por isso, a importância dos fatores epidemiológicos associados, quais sejam: demográficos, socioeconômicos, comportamentais, biomédicos e atenção médica. ⁽²⁾

O trabalho de Costa et al ⁽³⁾ elencou uma série de fatores de risco relacionados com a necessidade de internação em unidade terciária de recém-natos. Concluíram que a prematuridade foi o mais prevalente (55,5%), seguida da infecção intraparto (41,8%).

Lecoeuer et al ⁽⁴⁾ apresentaram um trabalho que ao estudar 52 prematuros e suas possíveis causas, concluíram que a maioria dos casos eram considerados evitáveis. Esta é a razão deste trabalho: conhecer o prematuro para que as taxas possam ser diminuídas.

JUSTIFICATIVA

Na maternidade do Hospital das Clínicas é possível acompanhar, na unidade intermediária de pediatria, os recém-natos prematuros advindos, em sua grande maioria, sem um acompanhamento que possibilitasse uma prevenção adequada. Diante disso, questionamos quais são os fatores que condicionam o aparecimento da interrupção precoce da gestação e se existe alguma diferença entre a via de parto vaginal ou abdominal, refletindo na evolução imediata do recém-nascido. Os objetivos são: 1) sensibilizar os órgãos governamentais para que haja uma normatização da conduta obstétrica e neonatal ao parto prematuro; 2) selecionar a população para atender adequadamente aquelas que devem produzir prematuros; 3) identificar, prevenir e tratar o parto prematuro.

METODOLOGIA

O trabalho apresentou um caráter prospectivo, tipo estudo de casos, comparativo entre dois grupos de estudo. Os dados foram coletados entre 25 de Janeiro e 5 de Julho na Maternidade

do Hospital das Clínicas de Teresópolis do Centro Universitário Serra dos Órgãos. Os recém-natos foram acompanhados no berçário da instituição, até o momento da alta ou transferência para unidade terciária externa. Os dois grupos de estudo foram: prematuros nascidos de parto vaginal e prematuros nascidos de parto cesariana. Realizou-se uma comparação dos principais parâmetros avaliados sob a forma de observação direta. Por fim, aproximaram-se os dados da pesquisa aos já existentes na literatura para propor conclusões com a finalidade de otimizar o atendimento ao prematuro.

RESULTADOS

Durante o período de estudo ocorreram 681 partos com recém-nascidos vivos na Maternidade do Hospital das Clínicas, sendo que 21 foram prematuros, resultando em uma taxa de prematuridade de 3,08% ou 30,83/1.000 nascidos vivos. No grupo de prematuros (n: 21) foram computados 10 partos vaginais e 11 cesarianas. A prematuridade foi confirmada pelo índice de Capurro, que é adotado como rotina no berçário, revelando predominância de casos acima de 35 semanas. Dentre as complicações maternas, a rotura prematura de membranas foi a mais prevalente. Uma observação muito valiosa foi, que nos 21 casos, somente uma paciente foi submetida à corticoterapia antenatal para maturação pulmonar fetal. A Tabela 1 apresenta a vitalidade do recém-nato nos primeiros minutos de vida, avaliada pelo índice de APGAR, elucidando que os casos de parto vaginal apresentam melhor vitalidade, o que foi confirmado pelos parâmetros de assistência ventilatória utilizados nestes prematuros. Durante a evolução dos prematuros nas primeiras 12 horas de vida, ficou evidente uma diferença em relação a necessidade do uso do surfactante, que foi maior nos recém-nascidos de parto cesariana.

TABELA 1 – Frequência das notas do índice de APGAR no 1º e 5º minuto para os grupos estudados.

Índice de APGAR	Parto vaginal		Cesariana	
	1º	5º	1º	5º
3	---	---	1	---
5	---	---	1	---
6	---	---	2	1
7	---	---	2	1
8	5	---	5	6
9	5	8	---	3
10	---	2	---	---

A análise de custo para o funcionamento de uma maternidade, certamente considera o que é alocado para o atendimento da prematuridade. A diminuição das taxas desta complicação obstétrica exercerá impacto substancial nestes números. Em uma publicação feita por Silva et al ⁽⁵⁾, que analisaram retrospectivamente uma série de casos entre 1999 e 2013, utilizando os dados do DATASUS, registrou-se um aumento da prematuridade, dos óbitos relacionados com parto e gestação e dos recém-natos de baixo-peso. Lima et al ⁽⁶⁾ analisaram o atendimento em uma unidade terciária para recém-natos utilizando 318 prontuários do ano de 2013 e mostraram que em relação aos dados obstétricos 92% não recebeu a corticoterapia antenatal. Dias ⁽⁷⁾ estudou 200 puérperas portadoras de síndromes hipertensivas e citou que 94% foram submetidas a cesariana, sendo que 50% foi considerado adequado para a idade gestacional,

mas 28% com prematuridade. Destas, 66% recebeu assistência ventilatória e a mais freqüente foi o oxyhood, seguida de intubação orotraqueal. Ainda dentro da literatura nacional o trabalho de Silva et al (8) discutiu a mortalidade perinatal intra-hospitalar em unidade terciária, com análise obstétrica e de assistência ventilatória ao nascer, e provou que a perda tem uma alta relação com esses fatores. Corrales Gutierrez et al (9) analisou a prematuridade extrema e encontrou a pré-eclampsia e a rotura prematura de membranas como as principais causas obstétricas, com predominância da cesariana, que esteve relacionada com índice de APGAR baixo. Todos esses dados da literatura estão de acordo com o resultado desta pesquisa.

CONCLUSÕES

A rotura prematura de membranas amnióticas foi a maior causa de prematuridade no grupo estudado.

A corticoterapia antenatal, que contribui fortemente para a sobrevivência neonatal, foi negligenciada neste grupo.

As condições de nascimento, avaliadas pelo APGAR, foram melhores nos casos resolvidos pelo parto vaginal. Consequentemente, as retiradas pelo parto cesariana receberam maior assistência ventilatória.

REFERÊNCIAS

- 1 - Vaz F A C. Prematuridade – fatores etiológicos. *Pediatrics* 8: 169-171,1986
- 2 - Ramos HAC, Cuman RKN. Prematuridade e fatores de risco. *Esc Anna Nery Ver Enferm.* 13(2):297-304,2009
- 3 – Costa ALRR, Araujo Junior E, Lima JWO et al. Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Ver Bras Ginecol Obstet.*2014;36(1):29-34.
- 4 – Lecouer C, Thibon P, Prime L et al. Frequency causes and avoidability of outborn births in a French regional perinatal. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*2014;179:22-6. 5 – Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD et al. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. *Ver Bras saúde matern. Infant.*2016;16(2):129-37.
- 6 – Lima SS, Silva SM, Avila PES et al. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital de referência da região norte do Brasil. *ABCS Health Sci.*2015;40(2).
- 7 – Dias RMM. O perfil epidemiológico das mulheres com síndromes hipertensivas na gestação e sua repercussão na prematuridade neonatal em maternidade pública de Belém do Pará. Belém-Pará. 2015.
- 8 – Silva CF, Leite AJM, Almeida NMGS et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades neonatais de Alto Risco no nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica.* 2014; 30(2): 355-68.

9 – Corrales Gutierrez A, Suarez Gonzalez JÁ, Cabrera Delgado MR et al. Resultados perinatales de un protocolo de atención para gestantes con riesgo de prematuridad extrema. Clin Investig ginecol obstet. 2014; 41(2):56-61.

SITUAÇÃO DE COBERTURA VACINAL EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS

*VASCONCELLOS, Marcus Jose do Amaral. Docente do Curso de Graduação em
Medicina.*

CASTRO, Vanessa Melo. Discente do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS CHAVES: Gestantes. Imunização. Pré-natal.

INTRODUÇÃO

As ações de vacinação são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e têm o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro(1). O calendário vacinal da gestante, utilizado pelo caderno de atenção básica ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde, preconiza como vacinas obrigatórias durante a gestação a vacina do tipo tríplice acelular (difteria, coqueluche e tétano), vacina contra a influenza (fragmentada) e a vacina contra a hepatite B. (1)

- Tríplice bacteriana acelular ou a antitetânica (ATT)

Com os partos hoje ocorrendo intra-hospitalares, o risco do tétano neonatal tem diminuído muito e utiliza-se hoje a gravidez como uma excelente oportunidade de atualizar o calendário da mulher. A vacina contra o tétano, combinada com a difteria (dupla tipo adulto) se mostrou segura para aplicação em gestantes, não levando à problemas com o feto e a gestação.

Mais recentemente introduziu-se no calendário da gestante a vacina tríplice acelular, que além de conter a difteria (extinta entre nós) e o tétano (extremamente necessário para o parto), a coqueluche que ameaça o recém-nato até o 6º mês de vida com quadros muito graves.

- Influenza (H1N1)

O vírus influenza é o agente etiológico de uma das doenças respiratórias mais frequentes entre os humanos, existindo três sorotipos, a influenza A, B e C, sendo os três patogênicos aos humanos, mas raramente a forma C causa doenças graves.

As mulheres grávidas devem ser incluídas em um grupo de risco elevado para desenvolver complicações da doença, devido à série de alterações fisiológicas do organismo materno. Primeiramente, seu sistema imunológico encontra-se deprimido em consequência da alteração de suas respostas humorais e celulares pelos antígenos específicos fetais. Embora essa mudança fisiológica seja necessária para facilitar a tolerância materna aos antígenos fetais de origem paterna, também torna a grávida mais suscetível aos patógenos intracelulares, tais como os vírus.

Puérperas e as mulheres grávidas em qualquer idade gestacional são um grupo de alta prioridade para imunização contra a gripe A H1N1, devendo ser orientadas sobre a importância dessa vacinação, uma vez que esse parece ser o método mais eficaz para a prevenção de formas severas da gripe e suas consequências materno-fetais.

➤ Hepatite B

O vírus da hepatite B (VHB) é o principal causador de hepatite crônica no mundo, acometendo cerca de 400 milhões de pessoas no mundo. A sua transmissão ocorre principalmente pela exposição percutânea ou de mucosas a sangue ou fluidos corpóreos contaminados com o vírus, sendo as principais vias de contágio a via sexual, a inoculação percutânea através de objetos perfurocortantes e a transmissão vertical, por via transplacentária, no momento do parto ou no aleitamento. (2)

Acredita-se que a imunoprofilaxia imediatamente após o nascimento previne a infecção neonatal em mais de 90% dos casos.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que 15% da população já esteve em contato com o vírus da hepatite B e que 60% apresentam anticorpos anti-VHA. A organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por outro lado, estima que mais de 90% da população maior que 20 anos já foi exposta ao vírus. No país, a prevalência da infecção é estimada em 7,9%, com estimativas de 3,2% das crianças menores de 1 ano com infecção ativa, sendo provável que a infecção ocorreu por transmissão vertical. Sendo assim, fundamental que durante o pré-natal sejam realizadas as práticas adequadas para a prevenção e detecção de gestantes infectadas.

JUSTIFICATIVA

Já no final do Curso de Medicina, ao passar pela maternidade do Hospital de Clínicas, e entrevistar as gestantes no pré-natal e nas enfermarias, percebi que o programa de imunização para a mulher grávida preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil não era seguido.

Os erros pareciam muitos: o percentual de pacientes imunizadas, o momento que estas pacientes eram imunizadas, e principalmente, a falta de conhecimento da importância desta ação de saúde pública.

Com esta sensação resolvemos fazer um inquérito de um grupo de gestantes que tiveram seus filhos naquela maternidade, e de posse deste percentual, propor alguma estratégia que pudesse ajudar no controle da hepatite B, do tétano neonatal, da coqueluche e da gripe H1N1.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Avaliar qual o grau de imunização que possuem as gestantes atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Teresópolis.

Objetivo Secundário

Comparar estes resultados com possíveis séries de outros locais nacionais e internacionais. Recomendar possíveis estratégias para a cidade de Teresópolis.

Objetivo Acadêmico

Apresentar trabalho de conclusão de curso que serve como requisito para a obtenção do grau de médico na Faculdade de Medicina de Teresópolis do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

METODOLOGIA

O estudo tem caráter descritivo com a aplicação de questionário entre gestantes que tiveram seus filhos na Maternidade do Hospital Universitário de Teresópolis. Após assinar termo de consentimento livre e esclarecido, as pacientes respondiam quais as vacinas que estavam em dia ou que haviam tomado durante a gestação, segundo o protocolo do Ministério da Saúde para a imunização em nosso país para proteção da gestante. As vacinas pesquisadas foram a de tétano, tríplice acelular, H1N1 e hepatite B, considerando que as demais vacinas ou são proibidas, ou só são aplicadas em gestantes em situações especiais.

RESULTADOS

O inquérito realizado na maternidade do Hospital de Clínicas entre 04 de abril e 23 de julho de 2016, entrevistou 239 pacientes após seu parto. Foram 141 partos vaginais e 97 cesarianas. Podemos observar que menos de 50% das gestantes tinham imunização para hepatite B e H1N1, que somente 40% tinha para coqueluche, mas quase 90% citava imunidade presente para o tétano.

DISCUSSÃO

Em relação a hepatite B, muito tem se escrito, sempre valorizando a vacinação antes da gestação. Nosso material mostra que o percentual de pacientes que chegam ao parto, ou são imunizadas durante a gestação é muito baixo.

Quando discutimos o tétano, podemos observar em nossa casuística, que quase 100% das pacientes mostraram uma imunidade para a doença neonatal. Este é um bom indicador de saúde de nossa cidade.

Outra vacina importante é a da influenza H1N1. Nossas pacientes foram vacinadas em expressão significativa, graças as campanhas da nossa Secretaria de Saúde.

CONCLUSÕES

O programa de vacinação em gestantes em nossa cidade deve continuar a ser incentivado, pois o mesmo comportamento que observamos para o tétano deve ser seguido para influenza e para a hepatite B. A estratégia mais indicada talvez seja administrar todas elas em um só dia, pois não apresenta complicações, além de permitir uma maior adesão.

REFERÊNCIAS

1 – Ministério da Saúde do Brasil. pni.datasus.gov.br. 2016

2 – Dionne-Odom J, Tita AT, Silverman NS. Hepatitis B in pregnancy screening, treatment and prevention of vertical transmission. *Am J Obstet Gynecol*.2016;214(1):6-14.

ASPECTOS GERAIS DA CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO

SENNE, Victor Hugo Almeida. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Fundação Serra dos Órgãos. (UNIFESO).

PALAVRAS-CHAVE: Cardiomiopatia de Takotsubo; Cardiomiopatia de Estresse; Balonamento apical;

OBJETIVO

O presente trabalho tem por objetivo transcorrer sobre os aspectos gerais relacionados à Cardiomiopatia de Takotsubo (CMPT), trazendo em si conceitos e esclarecimentos recentes sobre o tema. Este estudo engloba os principais tópicos referentes à patologia, tais quais sua definição, epidemiologia, classificação, fisiopatologia, apresentação clínica & diagnóstico, diagnóstico complementar, tratamento e prognóstico.

METODOLOGIA

As informações apresentadas foram retiradas de 25 artigos, publicados a partir de 2012, dentre estas revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos, estudos multi e unicêntricos, coortes e relatos de caso. Estes foram coletados de bancos de dados online, dentre todo o mundo, como PUBMED, MEDLINE, MEDSCAPE, BVS e LILACS. Os resultados da pesquisa foram obtidos através da busca “Takotsubo cardiomyopathy”, incluindo os trabalhos de maior renome no meio científico.

ANÁLISE

Com base no que foi citado, pode-se inferir que a cardiomiopatia de *takotsubo* (CMPT) vem ganhando grande reconhecimento científico nos últimos anos, desde sua primeira descrição a cerca de 26 anos atrás, no Japão. O termo '*takotsubo*' remete uma armadilha japonesa de pesca, sendo esta similar a sua principal forma de afecção ventricular, forma apical. A doença possui ainda outras variantes de acometimento cardíaco, como basal e média, porém mais raras na prática clínica.

A CMPT é definida como um distúrbio transitório de contratilidade da parede ventricular, podendo ser representado tanto por discinesia como por acinesia de um segmento específico do ventrículo. Esta, na grande maioria dos casos, afeta mulheres de meia idade e vem precedida de um fator estressante físico ou emocional, fazendo assim referência as suas denominações alternativas de cardiomiopatia por estresse e “síndrome do coração partido”. A identificação de tal fator é fundamental no manejo clínico da doença, tanto para sua diferenciação quanto para o controle de tais estímulos.

No que diz respeito a apresentação clínica, a CMPT guarda uma íntima relação com a síndrome coronária aguda (SCA), sendo na prática clínica indistinguíveis sem exames complementares mais apurados. Ambas apresentam a precordialgia e a dispnéia como principais sintomas na admissão, podendo também vir acompanhadas da elevação sérica de enzimas cardíacas e alterações do segmento-ST no eletrocardiograma (ECG). Outros sintomas como palpitações, náuseas e vômitos também podem estar associando, sendo também comuns a ambas as patologias.

Atualmente, para se confirmar o diagnóstico da CMPT, devem estar presentes alguns critérios propostos pela *Mayo Clinic* que unem aspectos clínicos e complementares da doença. Este critério, criado em 2004 e modificado em 2008, traz aspectos como a presença transitória de distúrbio de contratilidade ventricular (não relacionado a um território específico de irrigação das artérias epicárdicas); presença de precordialgia na admissão; surgimento de alterações eletrocardiográficas novas como elevação do segmento-ST e inversão de onda T (ou elevação discreta de troponina); ausência de obstrução significativa das artérias coronárias ou ruptura aguda de placa aterosclerótica; e ausência de doenças como feocromocitoma ou miocardite.

Apesar de não ser bem esclarecida, a fisiopatologia da CMPT possui íntima relação com a toxicidade das catecolaminas circulantes em excesso e uma hiperestimulação do eixo simpático. Tais fatores agem conjuntamente sobre o miocárdio do ventrículo gerando o padrão contrátil encontrado na doença. Muitos estudos comparativos confirmaram a presença de níveis mais elevados de catecolaminas séricas em pacientes com CMPT, quando comparados aos portadores de SCA. Além disso, há diversos relatos de caso onde pacientes foram submetidos a estímulos exacerbados de catecolaminas, tanto endógenos quanto exógenos, evoluindo em seguida com distúrbios de contração ventricular compatíveis com a CMPT.

A dosagem sérica de marcadores cardíacos, tal qual o eletrocardiograma, podem ser úteis em um momento inicial da CMPT, podendo demonstrar alterações sugestivas da mesma, porém não são suficientes para a confirmação diagnóstica. Os exames de imagem se mantêm como primeira escolha por serem eficazes para a confirmação da dismotilidade ventricular. O ecocardiograma e a ressonância magnética cardíaca (RMC) tem se mostrado bastante úteis na visualização das alterações ventriculares, porém ambos devem ser realizados nas primeiras 24-48 horas da admissão.

O cateterismo cardíaco, acompanhado de ventriculografia esquerda, é o exame de maior acurácia para confirmar o distúrbio contrátil e afastar uma possível obstrução das artérias coronárias, porém por ser um exame invasivo e com baixa disponibilidade no território nacional, seu uso fica restrito apenas para alguns casos.

Não há ainda, no presente momento, um estudo controlado de grande relevância que avalie a eficácia das medidas terapêuticas na CMPT. Os métodos utilizados são baseados nas teorias fisiopatológicas propostas para a doença, assim como a experiência clínica. Como a diferenciação da CMPT com uma possível SCA torna-se quase que impossível, em um primeiro momento, preconiza-se que inicialmente sejam usadas medidas de suporte, como oxigênio inalatório, morfina, heparina, aspirina e betabloqueadores. Ao ser confirmada a patência das artérias coronarianas, os pacientes de baixo risco podem ser tratados com IECAs, diuréticos e betabloqueadores, lembrando que tais pacientes já podem ser

previamente cardiopatas, necessitando assim de supervisão cuidados na administração dessas drogas.

Vale lembrar, também, que apesar de possuir um curso benígno na maioria dos casos, alguns pacientes podem desenvolver complicações agudas intra-hospitalares relacionadas à CMPT, como instabilidade hemodinâmica, arritmias severas, hipotensão e choque cardiogênico. Estas intercorrências geralmente estão relacionadas com idade avançada, fração de ejeção baixa (FE < 40%) e nível de troponina elevado na admissão. A longo prazo, a CMPT possui um prognóstico favorável, sendo as recidivas descritas como raras, com taxas variáveis na literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fevereiro MdC, et al. Miocardiopatia de Takotsubo: na origem do choque cardiogênico, *Acta Med Port* 2015 Sep-Oct;28(5):670 - 673.
2. Nóbrega S, et al. Miocardiopatia Takotsubo: estado da arte. *Rev Port Cardiol*. 2012;31(9):589 - 596.
3. Wagdy K, ElMaghawry M. Takotsubo cardiomyopathy: A potentially serious trap (Data from the International Takotsubo Cardiomyopathy Registry), *Global Cardiology Science and Practice* 2015:55.
4. Sharkey SW, Maron BJ. Epidemiology and Clinical Profile of Takotsubo Cardiomyopathy. *Circ J* 2014; 78: 2119 - 2128.
5. Abisse SS, Poppas A, et al. Takotsubo Cardiomyopathy: A Clinical Review. *Am Heart J*. 2008 Mar;155(3):408 - 17.
6. Komamura K, Fukui M, Iwasaku T, Hirotsu S, Masuyama T. Takotsubo cardiomyopathy: Pathophysiology, diagnosis and treatment. *World J Cardiol* 2014; 6(7): 602-609.
7. Kurisu S, et al. Clinical Management of Takotsubo Cardiomyopathy. *Circ J* 2014; 78: 1559 - 1566.
8. Scantlebury DC, et al. Diagnosis of Takotsubo Cardiomyopathy – Mayo Clinic Criteria –. *Circ J* 2014; 78: 2129 – 2139.
9. Sherif K, et al. Takotsubo cardiomyopathy after administration of norepinephrine. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2016;29(2): 166–167.
10. Boon M, Dennesen PJW, Veldkamp RF, et al. A rare stress cardiomyopathy in a patient with Guillain-Barré syndrome. *Neth J Med* 2016; 74(2): 86–88.
11. Plácido R, et al. Takotsubo Syndrome: A Pathway through the Pituitary Disease. *Case Reports in Cardiology* 2016 Feb;2016: 1–4.
12. Koulouris S, et al. Takotsubo Cardiomyopathy: The “Broken Heart” Syndrome. *Hellenic J Cardiol* 2010;51: 451-457.

13. Mejía-Rentería DH, Núñez-Gil JI. Takotsubo syndrome: Advances in the understanding and management of an enigmatic stress cardiomyopathy. *World J Cardiol* 2016 July 26; 8(7): 413-424.
14. Bossone E, et al. Takotsubo cardiomyopathy: an integrated multi-imaging approach. *Eur Heart J* 2014;15: 366–377.
15. Patankar RG, et al. Reverse takotsubo cardiomyopathy: two case reports and review of the literature. *J Med Case Rep* 2013;7: 84.
16. Wright PT, et al. Pathophysiology of Takotsubo Syndrome – Temporal Phases of Cardiovascular Responses to Extreme Stress –. *Circ J* 2014;78: 1550–1558.
17. Murakami T, Yoshikawa T, Maekawa Y, Ueda T, Isogai T, Sakata K, et al. Gender Differences in Patients with Takotsubo Cardiomyopathy: Multi-Center Registry from Tokyo CCU Network. *PLoS ONE* 2015 Aug 28;10(8): 1–12.
18. Peters MN, George P, Irimpen AM. The broken heart syndrome: Takotsubo cardiomyopathy. *Trends Cardiovasc Med* 2015;25: 351-357.
19. Sanchez-Jimenez EF, et al. Initial clinical presentation of Takotsubo cardiomyopathy with a focus on electrocardiographic changes: A literature review of cases. *World J Cardiol* 2013 July 26; 5(7): 228-241.
20. Mugnai G, Vassanelli F, Pasqualini G, et al. Dynamic changes of repolarization abnormalities in takotsubo cardiomyopathy. *Acta Cardiol* 2015; 70(2): 225-232.
21. Gopalakrishnan M, Villines D, Klein LW, et al. Predictors of Short- and Long-Term Outcomes of Takotsubo Cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 2015;116: 1586– 1590.
22. Roshanzamir S, Showkathali R, et al. Takotsubo Cardiomyopathy A Short Review. *Curr Cardiol Rev* 2013;9: 191–196.
23. Blanc C, Cottin Y, Daubail B, et al. Takotsubo Cardiomyopathy Following Acute Cerebral Events. *Eur Neurol* 2015;74: 163–168.
24. Sharkey SW, Maron BJ, Garberich RF, et al. Clinical Profile of Patients With High-Risk Takotsubo Cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 2015;116(5): 765–772.

HTLV-1 E PARAPARESIA ESPÁSTICA TROPICAL

RODRIGUES, Walker Moreira. Acadêmico do curso de graduação em medicina.

MORGADO, Flávio Eduardo F., Docente do Curso de Graduação em Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Vírus Linfotrófico T Humano, HTLV, Paraparesia Espástica Tropical, Doenças da Medula Espinal, Mielopatia.

INTRODUÇÃO

A Paraparesia Espástica Tropical também denominada de mielopatia associada ao vírus HTLV-1 (PET/HAM) é definida de acordo com critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS/1989) como, paraparesia espástica de evolução lenta e progressiva, presença de sinais piramidais, variáveis graus de distúrbios esfínterianos e sensitivos, associados a presença de anticorpos para o vírus HTLV-I no sangue e no líquido (1).

O HTLV (*Vírus Humano T-linfotrófico*), foi o primeiro retrovírus isolado, inicialmente identificado geograficamente em regiões tropicais, atualmente se encontra disseminado por todo planeta. Todavia, permanece endêmico no Japão, ilhas do Caribe e América do Sul. No Brasil, com casos relatados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, o faz o país de maior contingente de infectados no planeta, com cerca de 2,5 milhões de pessoas. (2)

O vírus tem transmissão vertical, de mãe para filho (amamentação/durante o parto), de pessoa para pessoa através do contato sexual, ou através de contato com sangue, seja por transfusão ou compartilhamento de material perfuro cortante.

O Tratamento se baseia no controle dos sintomas uma vez que ainda não existe cura definitiva para a infecção viral. Com quadro evolutivo principalmente de debilitação sensitiva e motora de membros inferiores, além de altos custos com tratamento tem-se significativa queda na qualidade de vida dos pacientes acometidos.

Vários estudos demonstraram ser a HAM/PET, uma doença endêmica no Brasil, com casos relatados nas regiões Nordeste (3), Sudeste (4) e Sul (5), vindo a ser o país de maior contingente de infectados. Apesar do número alarmante, a doença é por diversas vezes negligenciada no país e de conhecimento vago tanto por parte da população em geral quanto por profissionais de saúde, o que aliado ao caráter insidioso de seu quadro clínico, leva por diversas vezes a ocorrência de diagnóstico tardio de infecção e um quadro de evolução franca desta patologia.

Aliás, tão importante quanto o diagnóstico precoce, necessário se faz o aconselhamento à população em geral quanto a modos de transmissão e riscos, ou seja, atuar de profilaticamente junto a regiões de franca endemia de forma a estabelecer uma conduta de vigilância clínica para pacientes infectados.

OBJETIVO

Sendo o Brasil um país endêmico para infecção do vírus HTLV e dada a característica crônica e debilitante da Paraparesia Espástica Tropical, o presente trabalho tem como objetivo evidenciar aos profissionais de saúde a Paraparesia Espástica Tropical como diagnóstico diferencial entre as mielopatias e a necessidade de se criarem políticas e mecanismos que visem reduzir a cadeia de transmissão viral. Ademais, de extrema relevância que se inicie o tratamento adequado quando de manifestações clínicas em pacientes diagnosticados, com vistas a oferecer melhor qualidade de vida a estes, já que atualmente não existem opções de terapêutica curativa.

METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho teve como base a análise de conteúdo de literatura especializada, uma vez que foi realizado através de revisão de literatura. Para este fim foram utilizadas pesquisas nas bases de dados científicos como MEDLINE™, LILACS e fontes da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) além de publicações, artigos e estudos de periódicos na biblioteca da UNIFESO.

A pesquisa das referências teve como base o uso de vocabulário técnico-científico e escritos nas línguas portuguesa, espanhola ou inglês. Foram utilizadas as palavras-chave como critérios de busca: paraparesia espástica tropical, vírus HTLV, mielopatia, retrovírus, epidemiologia HTLV e as similares em inglês e espanhol.

RESULTADOS

No estudo evidenciou-se a epidemiologia e quadro clínico para infecção do vírus HTLV-I dada a importância do Brasil como país endêmico, revisando a Paraparesia Espástica Tropical como uma de suas mais importantes complicações considerando suas características de patologia debilitante crônica, irreversível e sem opção de terapêutica curativa.

DISCUSSÃO

O Brasil é não apenas endêmico para o vírus HTLV como também o país com maior número de infectados do planeta, com cerca de 2,5 milhões de pessoas (marcadamente nos estados do Norte e Nordeste, como Pará, Pernambuco, Bahia e Maranhão) conforme artigo Infecção pelo HTLV1/2 em Gestantes Brasileiras, publicado em 2014 na Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). O tipo I do vírus HTLV está associado ao desenvolvimento de diversas patologias, e a Paraparesia Espástica Tropical (HAM/TSP) e a Leucemia por células T (ATL), são as duas principais doenças causadas por este vírus, tendo na primeira um percentual de até 3% de desenvolvimento sintomático grave, irreversível e com sérias consequências sejam elas na saúde, sociais ou econômicas, dada a característica debilitante e o elevado custo envolvido no tratamento dos sintomas.

Foi constatado ser a transmissão vertical a principal forma de infecção e ocorre em cerca de 20% dos filhos de mães soropositivas para o HTLV, entretanto no Brasil não é rotina

obrigatória o rastreio em gestantes o que leva a manutenção da cadeia de transmissão e conseqüentemente acarretando que até 3% de infectados venham evoluir com sintomas de paraparesia espástica tropical, com progressiva e irreversível debilitação funcional motora.

CONCLUSÕES

A detecção precoce de soropositividade para o vírus HTLV bem como a distinção diagnóstica de manifestações iniciais da Paraparesia Espástica Tropical são fundamentais para controle da cadeia de transmissão viral e controle sintomático da patologia. No Brasil, no entanto, não é vista como prioridade pelas políticas públicas e, negligenciada, perpetua uma condição silenciosa de endemia da infecção do vírus HTLV e suas complicações.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Castro-Costa CM. Paraparesia espástica tropical: uma redefinição necessária. *Arq Neuropsiquiatr* 1996;54:131-135.
2. Castro-Costa CM, Carton H, Goubau P, D'Almeida JAC. Brazilian studies on tropical spastic paraparesis: a meta analysis. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:585-591.
3. Oliveira H A, Melo H A. Mielopatia associada ao HTLV-I/paraparesia espástica tropical: relato dos primeiros casos em Sergipe. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56:116-121.
4. Castro-Costa CM, Carton H, Goubau P, D'Almeida JAC. Brazilian studies on tropical spastic paraparesis: a meta analysis. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:585-591.
5. Haussen SR, Vecino MC. HTLV-I associated myelopathy/tropical spastic paraparesis: report of first cases in Rio Grande do Sul, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1995;53:608-612.
6. Gessain F, Barin J, Vernant JC, Gout O, Maurs L, Calender A, De-Thé G. - Antibodies to human T-lymphotropic virus type I in patients with tropical spastic paraparesis. *Lancet* 1985; 2:407-9.
7. Osame M, Usuku K, Izumo S et al. - HTLV-I associated myelopathy: a new clinical entity. *Lancet* 1986; 1:1031-2.
8. Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV - Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais , 2013 pág. 14
9. Biswas HH, Engstrom JW, Kaidarova Z, et al. Anormalidades neurológicas em HTLV-I e indivíduos HTLV-II-infectados sem mielopatia evidente. *Neurology*. 2009 setembro 8. 73 (10):. 781-9.

10. Osame M. - Review of WHO Kagoshima Meeting and diagnostic guidelines for HAM/TSP. In Blattner WA (ed.). Human Retrovirology: HTLV. New York: Raven Press, 1990:191-6.
11. Poiesz BJ, Ruscetti FW, Gazdar AF, Bunn PA, Minna JD, Gallo RC. Detecção e isolamento de partículas de retrovírus do tipo C a partir de linfócitos frescos e cultivadas, de um paciente com linfoma de célula T cutâneo. Proc Natl Acad Sci EUA 1980; 77: 7415-9.
12. Kalyanaraman VS, Sarngadharan MG, Robert-Guroff, M. et al. Um novo subtipo de vírus da leucemia de células T humana (HTLV-II), associado a uma variante de células T de leucemia de células pilosas. Ciência 1982; 218: 571-3;
13. ARAÚJO, Abelardo de Queiroz-Campos et al. Neuropatias associadas à infecção pelo protovírus T-linfotrófico humano (HTLV-1). Rev. Bras. Neurol., v. 3, n. 28, p. 85-89, 1992.