



Revista Científica

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

Avaliação do estado funcional em pacientes sob cuidados paliativos na enfermaria de geriatria do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual na cidade de São Paulo

Conduta expectante em pacientes com neoplasia intraepitelial vaginal de baixo grau

Reconstrução torácica com hastes de titânio e músculo grande dorsal após ressecção de condrossarcoma gigante

Lipoma de amígdala

Diástole reversa na artéria umbilical em pré-eclâmpsia

Avaliação da qualidade na implantação de um serviço de atendimento em saúde

Síndrome serotoninérgica

Expediente

Governador do Estado
Geraldo Alckmin

Secretário de Planejamento e Gestão
Marcos Antonio Monteiro

Superintendente Iamspe
Latif Abrão Junior

Chefe de Gabinete Iamspe
Roberto Baviera

Diretoria Iamspe
Administração - Maria das Graças Bigal Barboza da Silva
HSPE - "FMO" - Marcio Cidade Gomes
Decam - Antônio Jaime Paiva Ribeiro
Cedep - Renato Arioni Lupinacci
Prevenir - Abrão Elias Abdalla



REVISTA CIENTÍFICA

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

Cedep: Centro de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa

Diretor: Renato Arioni Lupinacci

Editora responsável: Maria Ângela de Souza

Editor científico: Osiris de Oliveira Camponês do Brasil

Editor científico: José Augusto Barreto

Editora técnica: Edna Terezinha Rother

EDITORES EXECUTIVOS

Alex Freire Sandes (Hemoterapia)
An Wan Ching (Cirurgia Plástica)
Ana Claudia Luiz (Cirurgia Bucomaxilofacial)
Daniele Evaristo Vieira Alves (Oncologia)
Eduardo José Alfaro (Fisioterapeuta)
Eric Pinheiro Andrade (Oftalmologia)
Fabio Akira (Otorrinolaringologia)

Flavio Augusto Sekeff Sallen (Neuroclínica)
Graziela Santos R. Ferreira (Pronto Socorro)
Heitor Pons Leite (Pediatria)
João Aparecido P. de Almeida (Cardiologia)
Joaquim A. de Souza Jr. (Cirurgia Pediátrica)
Jose Eduardo Gonçalves (Gastrocirurgia)

Livia Nascimento de Matos (Clínica Médica)
Maria Eliza Bertocco Andrade (Alergia)
Maria Isete F. Franco (Anatomia Patológica)
Otavio Gampel (Oncologia)
Otavio J. F. Verreschi (Psiquiatria)
Sandra M. R. Laranja (Nefrologia)
Thais Guimarães (Moléstias Infectocontagiosas)

CONSELHO EDITORIAL

Alcides Gallo Junior (Medicina Nuclear)
Ana Beatriz Miklos (Endocrinologia)
André Tadeu Sugawara (Medicina Física)
Antonio Carlos Bonadia (Gastroclínica)
Antonia Elvira Tonus (Psiquiatria)
Betty Guz (Gastroclínica)
Carlo Alberto Komatsu (Cirurgia Plástica)
Carlos A. Nagashima (Laboratório Clínico)
Carlos N. Lehn (Cirurgia de Cabeça e Pescoço)
Daniel Rinaldi dos Santos (Nefrologia)
Eugenio Alves Vergueiro Leite (Radioterapia)
Fabiano R. Ribeiro (Ortopedia e Traumatologia)
Fabio Papa Taniguchi (Cirurgia Cardíaca)
Fernando K. Yonamine (Otorrinolaringologia)
George C. Ximenes Meireles (Hemodinâmica)
Gizelda M. da Silva (Área Multiprofissional)
Helenice de Paula Fiod Costa (Neonatologia)
Hugo Hipolito (Urologia)
João Manuel da Silva Junior (Anestesiologia)

José Alexandre de S. Sittart (Dermatologia)
Jose F. de Mattos Parah (Cirurgia Geral)
Jose Marcus Rotta (Neurocirurgia)
Jose Roberto Martins (Gastrocirurgia)
Julio Cesar de Costa (Neonatologia)
Kioko Takei (Laboratório Clínico)
Leonardo Piovesan Mendonça (Geriatria)
Limirio Leal da Fonseca Filho (Urologia)
Luis Augusto Rios (Urologia)
Luiz Henrique de Souza Fontes (Endoscopia)
Marcio Faleiros Vendramini (Endocrinologia)
Maria Goretti Maciel (Cuidados Paliativos)
Maria Lucia Baltazar (Psiquiatria)
Mariana Silva Lima (Pneumologia)
Mario Claudio Gheffer (Cirurgia Torácica)
Mauricio L. Oliveira (Cirurgia Plástica)
Mauricio M. Athie (Cirurgia Bucomaxilofacial)
Mauro Sergio M. Marrocos (Nefrologia)
Mileide Zuim Dantas Souza (Pronto Socorro)

Moises da Cunha Lima (Medicina Física)
Ney Valente (Cardiologia)
Otavio Cansanção de Azevedo (Gastrocirurgia)
Quirino C. Meneses (Cirurgia Pediátrica)
Raquel A. Martins (Ginecologia e Obstetrícia)
Reginaldo G. C. Lopes (Ginecologia e Obstetrícia)
Ricardo Guerra Ayello (Endocrinologia)
Ricardo Vieira Botelho (Neurocirurgia)
Richard A. Borger (Ortopedia e Traumatologia)
Roberto Bernd (Clínica Médica)
Roberto Sacilotto (Cirurgia Vascular)
Rui Manoel Pova (Cardiologia)
Sergio Kreimer (Hemodinâmica)
Silvia Carla Sousa Rodrigues (Pneumologia)
Ula Lindoso Passos (Radiologia)
Umberto Gazi Lippi (Ginecologia e Obstetrícia)
Veridiana Aun R. Pereira (Alergia e Imunologia)
Vivia Machado Stel (Hematologia)
Walter Nelson Cardo Junior (Neonatologia)

Instituto de Assistência Médica ao Servidor
Público Estadual (Iamspe)
Av. Ibirapuera, 981 – V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04029-000
www.iamspe.sp.gov.br

Hospital do Servidor Público Estadual-
Francisco Morato de Oliveira (HSPE - FMO)
Rua Pedro de Toledo, 1800 - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04039-901

Comissão Científica - Cedep (Centro de
Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa)
Av. Ibirapuera, 981 – 2º andar - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil - CEP: 04029-000
Secretária: Vanessa Dias
Email: ccientifica@iamspe.sp.gov.br

Diagramação: Vanessa Dias

Periodicidade: quadrimestral

A responsabilidade por conceitos emitidos é exclusiva de seus autores.
Permitida a reprodução total ou parcial desde que mencionada a fonte.

SUMÁRIO

Editorial	V
Artigo Original	
Avaliação do estado funcional em pacientes sob cuidados paliativos na enfermaria de geriatria do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual na cidade de São Paulo.....	6
<i>Functional status evaluation in patients under palliative care at the geriatrics infirmary of the Institute of Medical Assistance to the State civil Servants in the city of São Paulo</i>	
Fernanda Lobo Rezende, Juliane de Lemos Armada Ramos	
Conduta expectante em pacientes com neoplasia intraepitelial vaginal de baixo grau.....	12
<i>Management in low grade vaginal intraepithelial neoplasia</i>	
Natássia Lima Calixto, Ilzo Vianna Junior, Maria Lucia Martin Iglesias, Raquel Martins Arruda, João Alfredo Martins, Reginaldo Guedes Coelho Lopes	
Relato de Caso	
Reconstrução torácica com hastes de titânio e músculo grande dorsal após ressecção de condrossarcoma gigante.....	20
<i>Thoracic reconstruction with latissimus dorsi flap and titanium ribs after resection of a giant chondrosarcoma</i>	
Leão Faiwichow, Guilherme Cardinali Barreiro, An Wan Ching, Mario Claudio Ghefter, Antônio Castelo Branco de Deus, Maria Alice Bragagnolo Batalha, Raquel Bezerra Estrela Rodrigues	
Lipoma de amígdala.....	25
<i>Lipoma tonsil</i>	
Natalya de Andrade Bezerra, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Fernanda Alves Guimarães, Lucas Osanan Andrade de Sousa, Carolina Cavalcante Dantas, Erika Mucciolo Carbenite, Marjorie Cristine Agnoletto, Washington Biz	
Diástole reversa na artéria umbilical em pré-eclâmpsia.....	28
<i>Diastole reverse in the umbilical artery in pre eclampsia</i>	
Laís Pimenta Faleiros, Ana Paula Menossi Takeichi, Estela Mion Petrillo Duarte, Hudson Ferraz e Silva, Umberto Gazi Lippi, Reginaldo Guedes Coelho Lopes	
Revisão de Literatura	
Avaliação da qualidade na implantação de um serviço de atendimento em saúde.....	32
<i>Quality assessment in the implementation of a health care service</i>	
Sheila Rodrigues Lopes, José César Viana da Silva	
Síndrome serotoninérgica	39
<i>Serotonin syndrome</i>	
Karine Andrade Oliveira, Diego Zanotti Salarini	
Resumo de Tese	
Aplicação da escala de depressão geriátrica (GDS), em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)	53
Correlação entre os níveis séricos de IGE específico para cada alérgeno em pacientes com alergia ocular	54
Estudo caso controle das dimensões da via aérea superior em pacientes com malformação de Chiari tipo I com e sem apnéia do sono	55
Microalbuminúria em não diabéticos: marcador de nefropatia em população de risco metabólico	56
Resumo de Monografia	
Encefalite autoimune anti-receptor NMDA de início tardio	57
Câncer de mama masculino no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-FMO): epidemiologia, tratamentos e fatores prognósticos.....	58
Mortalidade do grande idoso na unidade de terapia intensiva.....	59
Avaliação do estresse ocupacional entre professores de uma diretoria de ensino do município de São Paulo.....	60

Em maio deste ano assumi a Direção do CEDEP que, agregado à minha atuação médica, tem me dado grande prazer.

O CEDEP atua com o objetivo de promover, estimular, regular, coordenar e supervisionar as atividades relacionadas ao ensino e pesquisa científica na área de saúde do IAMSPE.

Dentre as atividades de maior relevância, administra os Programas de Residência Médica, Pós-Graduação Nível Mestrado e Doutorado Strictu Sensu e Latu Sensu, e ainda o Intenato e o Aprimoramento Profissional, credenciando o Iamspe como uma das instituições que possuem o maior número de Programas na área da ciências da saúde, conquistando seu espaço destacado na área de ensino e pesquisa dentre renomadas instituições.

O Programa de Residência Médica vem se consolidando como um dos mais respeitados no Brasil pela excelência na qualidade, resultado da dedicação do corpo médico do Iamspe, incansável nas atividades de preceptoria de elevado nível.

O CEDEP busca o constante aperfeiçoamento das atividades sob sua coordenação, com a ampliação dos projetos já consolidados e também novos desafios, produzindo resultados que traduzem apoio e subsídio para as atividades de ensino e pesquisa. Estimula a especialização do corpo clínico do Iamspe contribuindo para a elevação de seu padrão assistencial.

Atualmente o Cedep está elaborando estudo visando a biblioteca do Iamspe, de forma a torná-la virtual, o que imprimirá dinamismo e refletirá diretamente na qualidade das atividades desenvolvidas pelo expressivo número de usuários.

Na área de pesquisa, o Cedep esta desenvolvendo um projeto junto à Fapesp para a implantação de um relevante pólo de pesquisa clínica voltada à saúde do idoso.

O Cedep também está coordenando o “2º Congresso Internacional do Iamspe”, que ocorrerá em junho/2017 com a participação de renomados profissionais médicos do Brasil e do exterior, dentre eles ex-residentes do Iamspe, além dos médicos da instituição. O tema central será o idoso, configurando a característica de Hospital Amigo do Idoso.

Esta Revista tem a missão de divulgar a produção científica e experiências de tratamentos, visando à divulgação de textos de qualidade superior e futura inclusão em plataformas de destaque. Em outubro passado procedemos à premiação dos três melhores trabalhos publicados em 2015, como reconhecimento pela escolha de divulgação neste periódico.

Agradeço a oportunidade concedida pelo Superintendente, Latif Abrão Junior, e ainda ao empenho e dedicação dos funcionários do Cedep. Agradeço ainda a colaboração de todos os Serviços do HSPE, sem os quais a produção desta Revista Científica não seria possível.

Prof.Dr. Renato Arioni Lupinacci
Diretor de Cedep

Fernanda Lobo Rezende¹, Juliane de Lemos Armada Ramos¹

Avaliação do estado funcional em pacientes sob cuidados paliativos na enfermaria de geriatria do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual na cidade de São Paulo

Functional status evaluation in patients under palliative care at the geriatrics infirmary of the Institute of Medical Assistance to the State civil Servants in the city of São Paulo

Artigo Original

1. Serviço de Geriatria e Gerontologia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 01/03/2016
Data de aceite: 27/09/2016

RESUMO

Introdução: O progressivo envelhecimento populacional associado ao avanço tecnológico, leva a um número crescente de indivíduos idosos que apresentam mais condições crônicas e consequentemente uma maior incapacidade funcional e dependência. Permitir que o paciente viva tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, é um dos princípios que rege os Cuidados Paliativos. **Objetivo:** Avaliar o estado funcional do paciente no momento da admissão na enfermaria de geriatria e no momento da alta hospitalar ou óbito e verificar o ganho ou perda de funcionalidade durante a internação. **Métodos:** A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos foi utilizada na admissão e na alta do paciente para avaliar o estado funcional de indivíduos idosos internados numa enfermaria sob cuidados paliativos. Estes receberam tratamento fisioterápico padrão da enfermaria, com fisioterapia motora e respiratória. A amostra foi de 20 indivíduos, de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos. **Resultados:** Os resultados foram analisados por média, desvio padrão e porcentagem. 75% dos indivíduos foram admitidos com a doença avançada com um prognóstico de vida de dias e já apresentando um estado funcional ruim. 65% foi de alta hospitalar e 35% foi a óbito durante a internação. **Conclusão:** De forma geral, os indivíduos tiveram valores iguais ou maiores em seus desempenhos na alta, mostrando, portanto, que é possível devolver, ou no mínimo manter, a funcionalidade destes pacientes, permitindo-lhes um final de vida com mais qualidade.

Descritores: Cuidados paliativos, Fisioterapia; Idoso; Idoso fragilizado; Qualidade de vida; Doença crônica

ABSTRACT

Introduction: The progressive population ageing, associated with technological development, lead to a growing number of elderly people who show more chronical conditions and therefore, greater functional disability and dependence. Allow the patient to live as actively as possible, until his/her time of death, is one of the aims of Palliative Care. **Objective:** Assess the functional status of the patient at the time of admission to the geriatric ward and at the time of hospital discharge or death and verify the gain or loss of functionality during hospitalization. **Methods:** The Palliative Performance Scale was used on patient admission and discharge to evaluate the functional status of elderly individuals hospitalized in a Palliative Care Infirmary. They received standard physiotherapy treatment, with physical and respiratory therapy. The sample consisted of 20 individuals, male and female, over 60 years old. **Results:** The results were analyzed by mean, standard deviation and percentage. 75% of patients were admitted with advanced disease, poor prognosis and poor functional status. 65% were discharged and 35% died during the study. **Conclusions:** In general view, the individuals showed equal or greater value in their performances at discharge, showing thus that it is possible to return, or at least maintain, their functionality, allowing them a better life ending.

Keywords: Palliative care; Physical therapy specialty; Aged; Frail elderly; Quality of life, Chronic disease

Correspondência

Fernanda Lobo Rezende
Serviço de Geriatria e Gerontologia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo 1800, 9º andar - Vila Clementino - CEP 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: x.rezende@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Geriatria e Gerontologia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Vivemos em um cenário de progressivo envelhecimento populacional associado à um avanço tecnológico e da terapêutica, fazendo com que muitas doenças antes consideradas mortais, se transformassem em doenças crônicas. Apesar do processo de envelhecimento não estar necessariamente relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam mais condições crônicas.¹

Com uma maior longevidade e um aumento no número de doenças crônicas, algumas alterações e sequelas poderão estar presentes, comprometendo a independência e a autonomia do idoso, levando a uma maior incapacidade funcional.^{2,3}

Guccione et al. realizaram um estudo utilizando dados do Framingham Study Cohort, no intuito de identificar associações entre condições crônicas e dependência funcional em idosos americanos. O acidente vascular encefálico apresentou uma limitação funcional significativa em todas as sete atividades analisadas no estudo. Já as doenças cardíacas, ICC e as DPOCs apresentaram limitação em quatro atividades. A artrite e a doença cardíaca foram as doenças que apresentaram maiores limitações em comparação com as outras doenças crônicas.⁴

Wensing et al. observaram que pacientes com asma, bronquite e/ou DPOC, doenças cardíacas severas e/ou infartos dentre outras doenças crônicas, tiveram uma pontuação menor em pelo menos cinco aspectos da capacidade funcional avaliadas através do SF-36.⁵

A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações na qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo em se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas. A prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades e, consequentemente, promover o bem-estar desta população.^{2,3}

Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte é um dos princípios que regem os cuidados paliativos, promovendo qualidade de vida e bem-estar. A reabilitação paliativa busca amenizar o impacto da patologia, minimizar sintomas e incentivar o idoso a realizar suas atividades.^{6,7} Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional, visando prevenir e aliviar o sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência.^{1,6,7,8}

Nos Cuidados Paliativos (CP), a avaliação funcional é fundamental para a vigilância evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, previsão de prognóstico e diagnóstico da terminalidade. Existem duas escalas para avaliar a funcionalidade dos pacientes em CP, uma delas é a escala de Karnofsky, utilizada em pacientes oncológicos, a outra é a "Palliative Performance Scale version 2" (PPS v2), uma adaptação da escala de Karnofsky, também utilizada para avaliar a funcionalidade de pacientes em CP, mas de qualquer etiologia. A PPS v2 foi traduzida para o português brasileiro como "Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2" (EDCP v2).⁹

Visto que a funcionalidade é de grande importância para qualidade de vida dos pacientes em CP e de seus familiares, o propósito desse estudo é avaliar o estado funcional dos indivíduos em CP na Enfermaria Geriátrica do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) do HSPE através da EDCP.

OBJETIVOS

Avaliar o estado funcional do paciente no momento da admissão na enfermaria de geriatria e no momento da alta hospitalar ou óbito e verificar o ganho ou perda de funcionalidade durante a internação.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no HSPE-SP, o qual possui infraestrutura e pessoal profissional necessário para realização do mesmo. O Hospital possui diversas enfermarias, dentre elas a de Geriatria, constituída por 22 leitos.

O projeto será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HSPE. Os objetivos e as avaliações da pesquisa serão explicados aos voluntários. Os voluntários deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as recomendações da resolução 466/96(4) do Conselho Nacional de Saúde caso concordem com os termos. Em caso de rejeição, o indivíduo será excluído da pesquisa sem que haja prejuízo em seu tratamento usual.

O estudo consiste em uma análise observacional transversal indireta, que avaliará o estado funcional em indivíduos idosos internados em uma enfermaria de geriatria sob cuidados paliativos, durante os meses de outubro, novembro e dezembro, através da EDCP v2.

A Escala EDCP v2 é de autoria da “Victoria Hospice Society” e substitui a primeira EDCP publicada em 1996 [J Pall Care 9(4):26-32]. Ela tem sua tradução livre na versão português brasileiro feita pelos doutores Maria Goretti Sales Maciel e Ricardo Tavares de Carvalho, atualmente disponível no site oficial do “Victoria Hospice Society”.⁹

Nessa escala são avaliados cinco domínios: Deambulação, Atividade e Evidência da Doença, Auto Cuidado, Ingesta e Nível de Consciência, havendo onze níveis de desempenho, divididos em intervalos de 10 sendo a pontuação mínima 0 e a máxima 100, ou seja, não existem valores intermediários.

Os escores EDCP são determinados lendo-se a tabela na horizontal, em cada linha, até encontrar o nível ou características que “melhor se adequam” ao paciente que está sendo avaliado, começando pela coluna à esquerda, de cima para baixo, até encontrar a descrição de “deambulação” apropriada. Então segue-se para a próxima coluna, lendo-a de cima para baixo novamente até encontrar a descrição de “atividade ou evidência de doença” apropriada. Esses passos são repetidos por todas as 5 colunas antes de atribuir o EDCP ao paciente.

As colunas mais à esquerda são características mais “fortes” na determinação do escore e, em geral, assumem maior importância sobre as outras. Em caso de variação do escore entre as colunas, não se deve fazer uma média. Nesse contexto, deve-se escolher, como um todo, o nível que melhor descreve a condição do paciente, levando em conta a combinação de julgamento clínico e a “importância maior das colunas da esquerda”.

O estado funcional dos indivíduos será avaliado do momento da admissão na enfermaria da geriatria e no momento da alta ou óbito. Durante a internação os pacientes receberão tratamento fisioterápico padrão da enfermaria, com fisioterapia motora e respiratória.

O estudo contará com uma amostra de 20 indivíduos internados na enfermaria geriátrica do Hospital do Servidor Público em São Paulo, de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos. Critérios de inclusão: idade superior a 60 anos e ser admitido na enfermaria de geriatria sob CP. Critério de exclusão: idosos internados que não estejam em CP.

Os valores coletados serão registrados para análise de dados, com a finalidade de verificar o estado funcional de chegada e saída dos indivíduos. Informações como idade, sexo, tempo de internação e diagnóstico principal e comorbidades serão coletadas dos prontuários.

Quadro 1: Cronograma de execução

Mês	Ano 2015			Ano 2016	
	Revisão literária	Plataforma Brasil	Coleta de dados	Análise estatística	Elaboração publicações
Jan	-	-	-	X	X
Fev	-	-	-	-	X
Mar	-	-	-	-	-
Abr	-	-	-	-	-
Mai	-	-	-	-	-
Jun	X	-	-	-	-
Jul	X	-	-	-	-
Ago	X	-	-	-	-
Set	-	X	-	-	-
Out	-	-	X	-	-
Nov	-	-	X	-	-
Dez	-	-	X	-	-

Análise estatística

Os dados sócio-demográficos e clínicos serão analisados de maneira descritiva para determinação do perfil dessa amostra. As variáveis serão apresentadas por média, desvio padrão, porcentagem e figuras.

Quadro 2: Orçamento

Item	Quant	Descrição	(R\$) unitário	(R\$) total	Fornecedor
1	50	Impressão (artigos, livros)	0,50	25,00	Próprio pesquisador
2	3	Canetas	1,00	3,00	Próprio pesquisador
Total				28,00	

RESULTADO E DISCUSSÃO

Este estudo contou com a participação de 20 idosos com a média de idade de 87,2±5 anos, sendo destes 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. O tempo médio de internação da amostra foi de 17±10 dias semelhante ao de Siqueira et al de 12,81± 9,45 dias.¹⁰

Tabela 1: Doenças prevalentes

Doenças	Nº indivíduos (n=20)	Porcentagem (%)
ICC	12	60
IRC	9	45
BCP	6	30
Demência	6	30
ITU	5	25
CA	3	15

Todos apresentavam mais de uma doença associada, considerando-se a hipótese diagnóstica e os antecedentes à internação. As doenças mais encontradas foram Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal e Broncopneumonia (Tabela 1). Destas, duas são doenças crônicas. Doenças crônicas associadas às próprias alterações fisiológicas do envelhecimento são fatores de grande influência na funcionalidade. A presença de duas ou mais doenças crônicas é caracterizada como comorbidade. Indivíduos de 80 anos ou mais apresentam 70,2% a mais de chance de ter mais de uma condição crônica.^{3,11}

Temos um ciclo, visto que, quanto maior o número de doenças crônicas apresentada pelo indivíduo, sua funcionalidade tenderá a ser menor, e, quanto menos funcional for o indivíduo, maior a chance de este apresentar comorbidades. Indivíduos fisicamente ativos apresentam uma melhor resposta imunológica, consequentemente respondem melhor a agentes estressores e, por sua vez, tendem a ter uma menor incidência de doenças oportunistas.^{3,8,12}

Em relação à EDCP, 75% dos pacientes foram admitidos na enfermaria já com um escore de 20%-30% - Totalmente Acamados, com a doença em um estágio avançado e um estado funcional ruim. O prognóstico de vida destes pacientes com estes escores é, em média, de alguns dias de vida. Pacientes em fase terminal apresentam a síndrome do desuso, pela própria inatividade física, caracterizada pela hipotrofia, alterações posturais, respiratórias e cardiovasculares.^{13,14}

O restante da amostra, 25% deles, foram admitidos com escore de 40% - Maior parte do tempo acamado, sendo capazes de realizar algumas atividades, como por exemplo, comer sozinhos, e conseguir manter-se em sedestação a beira leito com bom controle de tronco, mas ainda passavam a maior parte do tempo deitados.

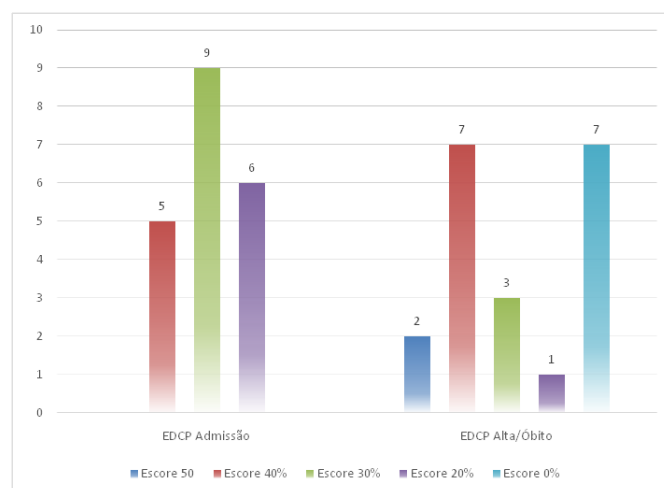


Gráfico 1: Escore da escala de desempenho em Cuidados Paliativos na admissão e na alta/óbito (n=20)

65% (13) da amostra foi de alta hospitalar, sendo que 15% (2) saiu com escore de 50% - Maior parte do tempo sentado, 53% (7) com escore de 40% - Maior parte do

tempo acamado, 23% (3) com escore de 30% - Totalmente acamado, 7% (1) com escore de 20% - Totalmente acamado.

35% (7) dos idosos foram a óbito durante a internação. Destes, 42% (3) apresentavam escore de 30% na admissão e 57% (4) apresentavam escore de 20%. 57% (4) dos pacientes que foram a óbito tiveram prognóstico de, no máximo, 10 dias de vida. Todos viveram menos que um mês. (Tabela 2)

Tabela 2: Escores na EDCP e prognóstico de vida (n=7)

Números de dias	Escore 30%	Escore 20%
10	1	3
12	1	-
14	-	-
16	-	-
18	1	-
20	-	-
27	-	1
Óbitos (n=7)	3	4

Prognóstico de vida máximo do número de dias

CONCLUSÃO

35%, ou seja, 7 dos 20 pacientes, vieram a óbito durante a internação, destes, 3 apresentavam EDCP de 30% e 4 apresentavam EDCP de 20%, indicando que já foram admitidos totalmente acamados, com a doença avançada, dependência completa e ingestão alimentar reduzida. Estudos mostram que o prognóstico de vida de pacientes com esses escores é pequeno, e que a fase final da vida coincide com escores em torno de 20%. Em sua maioria (65%), os pacientes sob cuidados paliativos da enfermaria de geriatria tiveram valores iguais ou maiores em seus desempenhos na alta, ou seja, saíram tanto ou mais funcionais do que no momento da admissão, mostrando, portanto, que é possível devolver, ou no mínimo manter, a funcionalidade de pacientes idosos com multimorbidades permitindo-lhes um final de vida com mais qualidade.^{15,16}

REFERÊNCIAS

1. Carvalho RT, Parsons HA, (Org's). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. ampliada e atualizada. São Paulo: ANCP; 2012.
2. Alves LC, Leimann BC, Vasconcelos ME, Carvalho MS, Vasconcelos AG, Fonseca TC, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007; 23(8):1924-30.
3. Bonardi G, Souza VB, Moraes JF. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. Sci Med, Porto Alegre. 2007; 17(3):138-44.
4. Guccione AA, Felson DT, Anderson JJ, Anthony JM, Zhang Y, Wilson PW, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham study. Am J Public Health. 1994; 84(3):351-8.
5. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. Qual Life Res. 2001; 10(2):141-8.
6. Florentino DM, Sousa FR, Maiworn AI, Carvalho AC, Silva KM. A Fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto, UERJ. 2012; 11(2):50-57.
7. Burla C, Py L, Scharfstein EA. Cuidados ao fim da vida. In: Perracini MR, Flo CM. Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara; 2009. p. 279-285.
8. Marcucci FC. O Papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Rev Bras Cancerol. 2005; 51(1):67-77.
9. Maciel MG, Carvalho RT. Palliative performance scale PPS versão 2: tradução para a língua portuguesa [Internet]. São Paulo, Brasil: Clinical Tools; 2009 [citado 2016 Set 15]. Disponível em: http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portuguese_0.pdf.
10. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saude Publica. 2004; 38(5):687-94.

11. Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(1):92-100.
12. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004; 59(3):255-63.
13. Mahony SO, Blank A, Simpson J, Persaud J, Huvane B, McAllen S, et al. Preliminary report of a palliative care and case management project in an emergency department for chronically ill elderly patients. *J Urban Health*. 2008; 85(3):443-51.
14. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996 Spring; 12(1):5-11.
15. Weng LC, Huang HL, Wilkie DJ, Hoenig NA, Suarez ML, Marschke M, Durham J. Predicting survival with the Palliative Performance Scale in a minority-serving hospice and palliative care program. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 37(4):642-8.
16. Emanuel L, Ferris FD, von Gunten CF, Von Roenn JH. Clarifying diagnosis and prognosis in cancer: guidance for healthcare providers: 2011-2012 Medscape Education [Internet]. 2011-2012 [citado 2016 Set 15]. Disponível em: http://www.medscape.org/viewarticle/739252_2.

Natássia Lima Calixto¹, Ilzo Vianna Junior², Maria Lucia Martins Iglesias¹, Raquel Martins Arruda¹, João Alfredo Martins¹, Reginaldo Guedes Coelho Lopes¹

Conduta expectante em pacientes com neoplasia intraepitelial vaginal de baixo grau

Management in low grade vaginal intraepithelial neoplasia

Artigo Original

RESUMO

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Setor de Patologia do Trato Genital Inferior do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Objetivo: Avaliar a conduta expectante em pacientes com neoplasia intraepitelial vaginal de baixo grau (NIVA 1) entre março e setembro de 2013 por meio dos índices de regressão, persistência, progressão e adesão. Relacionar os fatores de risco e avaliar o comportamento dessas lesões quando se apresentam sincrônicas com lesões do colo uterino. **Métodos:** Estudo clínico analítico, não-intervencionista, prospectivo, tipo série de casos, realizado no Setor de Patologia do Trato Genital Inferior do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira". Para análise do desfecho clínico foram comparadas as colpocitologias oncológicas e colposcopias em três momentos: no diagnóstico, 1º retorno (em 6 meses) e 2º retorno (em 12 meses). Foi solicitado teste de pesquisa DNA-HPV no primeiro retorno. Foi considerada adesão ao estudo a ocorrência dos dois retornos, independente do intervalo entre eles. **Resultados:** Foram selecionadas 29 pacientes, das quais foram incluídas 21. Oito pacientes não foram incluídas: quatro por apresentarem lesões clínicas e necessitarem tratamento, uma por falta de seguimento no HSPE, uma imunossuprimida por apresentar lúpus eritematoso sistêmico e em uso crônico de imunossupressor e duas por apresentarem biópsias anteriores com resultado histopatológico de NIVA. A idade variou entre 28 e 70 anos. Todas as pacientes realizaram o primeiro retorno e 20 realizaram o segundo retorno, com índice de adesão de 95,23%. Ao fim do estudo a regressão foi de 65%, a persistência de 30 % e a progressão 5%. Do total, dez pacientes realizaram teste DNA-HPV, sendo 8 positivas para pelo menos 1 tipo de HPV. **Conclusão:** Pode-se considerar que para o período de acompanhamento (aproximadamente 1 ano), o índice de regressão foi satisfatório, a adesão foi alta, o que aumenta a segurança da conduta expectante. Para melhor avaliação da conduta expectante é recomendável seguir um número maior de pacientes, por um período mais longo.

Descritores: Neoplasias de vaginais; Vagina/patologia; Infecção por papilomavirus; Colposcopia; Teste de Papanicolaou

ABSTRACT

Objectives: The objective of this study was to evaluate the observation management patients that presented low-grade vaginal intraepithelial neoplasia between march and September 2013 and evaluate regression, persistence and progression rates, as well to relate risk factors. **Methods:** Analytical clinical study, non-interventional and prospective, held at Pathology Department of the Lower Genital Tract of the Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. To clinical outcome analysis, cervical cytologies and colposcopies were compared during three moments: At diagnosis, 1st return (6 months) and 2nd return (12 months). The HPV-DNA test was requested in the 1st return. The attendance at two returns was considered as adherence to the study regardless of the interval between them. **Results:** 29 medical records were reviewed and 21 patients were included in the study. The patients' ages varied between 28 and 70 years old. All patients came to the 1st return and only 20 patients came to the 2nd return, with 95.23% adherence rate. At the end of the study, regression rate was 65% persistence rate was 30% and progression rate was 5%. Ten patients realized HPV-DNA test, with 80% positive results for at least one type of HPV. **Conclusion:** Considering the period of monitoring (approximately 1 year), the regression rate was satisfactory, there was high adherence, which increases the security of the observation management. For better evaluation of this way of management, it would be advised a longer period of follow-up, as well as the inclusion of a higher number of patients to the study.

Keywords: Vaginal neoplasms; Vagina/pathology; Papillomavirus infection; Colposcopy; Papanicolaou test

Data de submissão: 06/07/2016
Data de aceite: 11/10/2016

Correspondência

Reginaldo Guedes Coelho Lopes
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil. Endereço: Rua Pedro de Toledo 1800, 4º andar - Vila Clementino - CEP 04039-901, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: jarelu@uol.com.br

Trabalho realizado:

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) foi descrita pela primeira vez por Graham e Meigs em 1952 como alterações encontradas no epitélio vaginal de pacientes hysterectomizadas por carcinoma cervical *in situ*.¹

A classificação da NIVA baseia-se no grau de comprometimento histológico do epitélio vaginal, sendo classificadas em grau I, II e III, de acordo com o comprometimento do 1/3 inferior, médio ou superior, respectivamente.²

A vagina é o local menos frequente da neoplasia intraepitelial do trato genital. Comparada com a neoplasia intraepitelial cervical é 100 vezes menos frequente e constitui 0,5% das neoplasias intraepiteliais do trato genital inferior. Apresenta uma prevalência aproximada de 0,2-0,3% casos por 100.000 mulheres nos Estados Unidos, e devido à baixa incidência, a epidemiologia da NIVA é pouco conhecida.^{3,4}

A história natural das lesões pré-neoplásicas e do câncer vaginal tem sido pouco investigada, principalmente quando comparadas às lesões de colo uterino. O risco da NIVA progredir para carcinoma invasor parece ser menor do que o risco da NIC (neoplasia intraepitelial cervical) progredir para carcinoma cervical e encontra-se em torno de 9% quando não tratadas.^{5,6,9}

Antecedente pessoal de NIC ou câncer cervical são os fatores de risco mais importantes para desenvolvimento de NIVA. Outros fatores de risco da NIVA são bem definidos, dentre eles: infecção por HPV, citologia anormal, história de câncer cervical, história de hysterectomia, baixo nível educacional, idade precoce da sexarca, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo e exposição ao dietilestilbestrol. Estudos anteriores indicaram vários fatores de risco em comum com a neoplasia intraepitelial cervical. Em relação ao teste DNA-HPV uma metanálise de 93 estudos, incluindo 298 casos de NIVA de 4 continentes, demonstrou

que a pesquisa de HPV era positiva em 100% dos casos de NIVA 1 e 90,1% dos casos de NIVA 2 e 3.^{5,7,8,9,15}

Geralmente as pacientes com NIVA são assintomáticas, mas algumas podem apresentar sintomas como sangramento pós coito ou lesões clínicas como verrugas, ao exame ginecológico.

São diversas as formas de conduzir os casos de NIVA, dentre as quais se encontram a conduta expectante através do acompanhamento clínico periódico ou o tratamento imediato. Dentre os métodos de tratamento podemos citar a destruição da lesão: cauterização com ácido tricloroacético ou vaporização com laser de CO₂ ou ainda sua completa remoção cirúrgica. Levando-se em conta que qualquer tratamento pode trazer efeitos colaterais importantes, como: queimação, mucosite, úlceras vaginais e dispareunia e podendo interferir na vida sexual da paciente, deve-se selecionar rigorosamente as pacientes que têm indicação de tratamento.¹⁰

A proposta deste estudo é avaliar a conduta expectante em pacientes com NIVA 1 no Setor de Patologia do Trato Genital Inferior (PTGI) do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO). Também foram analisados os índices de regressão, persistência ou progressão da lesão, assim como o comportamento dessas lesões quando se apresentam sincrônicas às lesões de colo.

MÉTODOS

Trata-se de estudo clínico analítico não intervencionista, prospectivo, do tipo série de casos. Foi realizado no Setor de patologia do trato genital inferior (PTGI) do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) em São Paulo.

Foram avaliados e revisados 29 prontuários de pacientes submetidas a biópsias de vagina no setor de PTGI do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do

HSPE, entre março e setembro de 2013 e que apresentaram diagnóstico histopatológico de neoplasia intraepitelial vaginal de baixo grau (NIVA 1), sendo este o critério de inclusão.

Os critérios de não inclusão foram: imunossupressão, gestação, lesões clínicas HPV induzidas (verrugas e/ou condilomas), falta de seguimento no HSPE e diagnóstico histopatológico de NIVA 1 anterior ao período do estudo.

As 21 pacientes selecionadas foram informadas sobre o estudo e concordaram com a conduta expectante. Assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e responderam a um questionário elaborado para a pesquisa. Foi assegurada a confidencialidade e a privacidade dos dados com base nos princípios da Resolução n.º 96 do Conselho Nacional de Saúde. Garantiram-se às pacientes o sigilo e o anonimato no sentido de tornar público somente os resultados obtidos.

No questionário foram obtidas as seguintes informações epidemiológicas: idade, raça, data da última menstruação (DUM), número de gestações, paridade, uso de contraceptivo, tabagismo, cirurgias prévias, idade da primeira relação sexual, número de parceiros e se tinha vida sexual ativa no último ano.

Foi realizada colposcopia quando do diagnóstico. No Setor de PTGI do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HSPE, é realizado teste de Schiller em todas as pacientes durante a coleta da colpocitologia oncológica (CO).

Para avaliação da conduta expectante foram analisadas os resultados da CO e colposcopia. As pacientes foram orientadas a realizarem o primeiro retorno (em 6 meses) e o segundo (em 12 meses). No primeiro retorno foi solicitada para todas as pacientes a pesquisa de DNA-HPV por captura híbrida ou genotipagem, e deveriam trazer os resultados no segundo retorno. Foi considerada adesão ao estudo a presença nos dois retornos, independente do intervalo entre eles.

As avaliações das lesões e resultados dos exames anatomopatológicos, foram realizadas por médico residente do Setor de PTGI do HSPE, sob orientação e supervisão de preceptor médico do Serviço.

A localização da lesão foi determinada com uso de colposcópico após aplicação de ácido acético a 2% e solução de lugol (solução de iodo iodetado). Para o diagnóstico colposcópico foram considerados a acetorreação após o uso de ácido acético e o teste de Schiller. Considerou-se Schiller positivo quando a captação do iodo era negativa, e Schiller negativo quando a captação do iodo era positiva.

Foi classificada como persistência da lesão a suspeita clínica com confirmação histológica da manutenção de NIVA 1 ou manutenção da imagem colposcópica sem realização de biópsia. Como regressão quando, mesmo havendo suspeita clínica, não houve confirmação histológica e como progressão quando houve evolução do grau histológico da lesão inicial.

Todas as pacientes foram informadas da importância do seguimento com colpocitologia oncológica e colposcopia a cada 6 meses e informadas que se a qualquer momento a lesão progredisse ou persistisse (após 1 ano) seria realizada conduta intervencionista.

Para tentativa de identificação dos fatores de risco relacionados com o comportamento clínico das lesões, as pacientes foram divididas de acordo com a evolução das lesões: grupo 1: pacientes cujas lesões regrediram, grupo 2: pacientes cujas lesões persistiram e grupo 3: pacientes cujas lesões progrediram. Também foram analisados os resultados referentes às pacientes que tinham lesão sincrônica em colo uterino.

Os dados coletados foram enviados para análise estatística. Todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas a análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos e do cálculo de médias, desvios-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas calculou-se frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Foram revisados 29 prontuários e selecionadas 21 pacientes para o estudo. Não foram incluídas oito pacientes: quatro por apresentarem lesões clínicas e necessitarem de tratamento, uma por falta de seguimento no HSPE, uma imunossuprimida por apresentar lúpus eritematoso sistêmico e em uso crônico de imunossupressor e duas pacientes por apresentarem biópsias anteriores com resultado histopatológico de NIVA 1.

A idade das 21 pacientes variou entre 28 e 70 anos (média de 51,57) com desvio-padrão de 13,62 anos e mediana de 56 anos. Com relação à raça, 13 (61,9%) eram da raça branca, 5 (23,8%) negras e 3 (14,3%) pardas.

Do ponto de vista hormonal, 12 (57,1%) estavam na pós-menopausa e 9 (42,9%) na menacme.

Quanto à paridade, 42,85% (nove) eram multíparas, 38,09% (oito) eram primíparas e 19,04% (quatro) eram nulíparas.

Na avaliação do método contraceptivo 14 (66,7%) pacientes não usavam método algum. Das que faziam uso, duas (9,5%) utilizavam anticoncepcional oral hormonal combinado, duas (9,5%) faziam uso de preservativos, duas (9,5%) foram submetidas a laqueadura tubária e uma (4,8%) usava DIU (Figura 1).

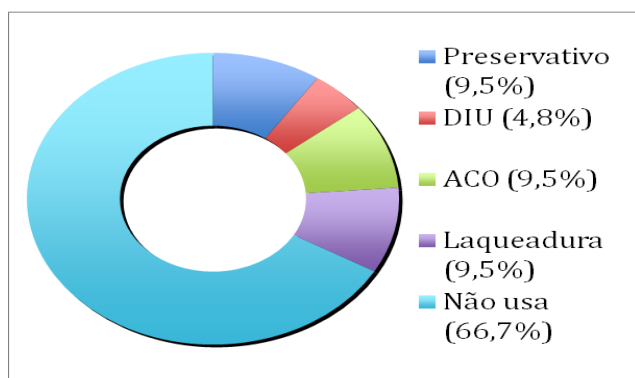


Figura 1: Distribuição de frequências das 21 pacientes em relação ao método contraceptivo

O número de parceiros durante a vida variou de 1 a 7 (média de 2,90 com desvio-padrão de 1,45 e mediana de 3 parceiros)

Do total, quatro (19%) foram submetidas a histerectomia anteriormente ao início do estudo, por doenças benignas.

A idade da primeira relação sexual variou de 15 a 29 anos (média de 19,90 com desvio-padrão de 3,90 e mediana de 19 anos). Do total, 17 (80,9%) relataram vida sexual ativa no último ano.

Quanto à pesquisa DNA-HPV, apenas 10 (47,61%) das pacientes realizaram o exame. Dentre elas, 20% apresentaram resultado negativo, 30% positivo para baixo grau e 50% positivo para os tipos 16 e/ou 18.

As indicações das primeiras colposcopias realizadas quando do diagnóstico foram: 12 (57,1%) pacientes por apresentarem colpocitologia oncológica alterada, 8 (38,1%) teste de Schiller positivo e 1 (4,8%) por exame de rotina (Figura 2).

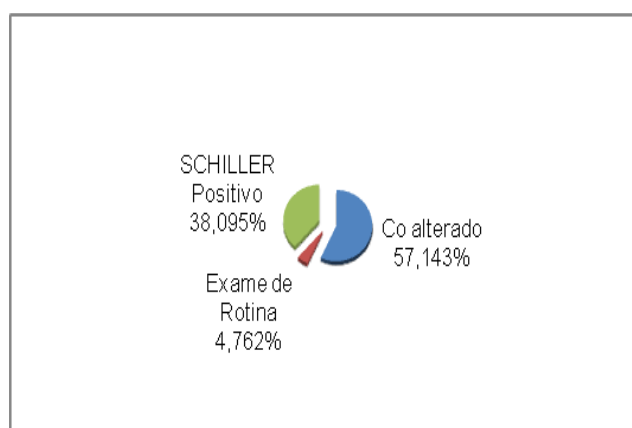


Figura 2: Distribuição de frequências das 21 pacientes em relação ao motivo da realização do exame

Com relação aos achados colposcópicos foram encontrados: 100% das pacientes apresentaram teste de Schiller positivo em vagina, destas, 10 (47,6%) apresentaram como único achado o teste de Schiller positivo, 7 (33,3%) apresentaram também epitélio aceto reagente, três (14,3%) apresentaram epitélio micropapilar e uma (4,8%) apresentou epitélio aceto reagente e epitélio micropapilar.

Os resultados da CO nas três avaliações realizadas estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1: Frequências absolutas e relativas do resultado dos três exames de colpocitologia oncológica

	Diagnóstico		2º		3º	
Resultado	n	%	n	%	n	%
Normal	7	33,3	11	52,4	12	60,0
Lesão intraepitelial de baixo grau	8	38,1	5	23,8	4	20,0
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	6	28,6	5	23,8	4	20,0
Total	21	100,0	21	100,0	20	100,0

Todas as pacientes realizaram o primeiro retorno e 20 realizaram o acompanhamento completo com 2 retornos. A taxa de adesão foi de 95,3%.

O tempo entre a realização do primeiro exame e o segundo variou de 6 a 8 meses (média de 6,4 com desvio-padrão de 0,60 e mediana de 6 meses). O tempo entre o segundo e o terceiro variou de 6 a 8 meses (média de 6,35 com desvio-padrão de 0,59 e mediana de 6 meses). O tempo entre a realização do primeiro exame e o terceiro variou de 12 a 14 meses (média de 12,80 com desvio-padrão de 0,70 e mediana de 13 meses).

No primeiro retorno, 12 das 21 pacientes foram submetidas a biópsias, sendo que 11 apresentaram manutenção de NIVA 1 e uma regrediu. Neste primeiro retorno a persistência foi de 52,38% e a regressão de 47,62%.

No segundo retorno, das 20 pacientes que retornaram, nove foram submetidas a biópsias. Do total, seis persistiram com o exame anatomopatológico compatível com NIVA 1, duas regrediram e uma progrediu para NIVA II.

Ao fim do estudo observou-se que 65,0% das pacientes apresentaram regressão da lesão (Tabela 2).

Tabela 2: Resultado da biópsia no segundo e terceiro retorno

Resultado	2º		3º	
	n	%	n	%
Neoplasia intraepitelial de vagina grau I	11	52,4	6	30,0
Neoplasia intraepitelial de vagina grau II	0	0,0	1	5,0
Colpíte crônica	10	47,6	13	65,0
Total	21	100,0	20	100,0

Para tentativa de identificação dos fatores de risco relacionados com o comportamento clínico das lesões, as pacientes foram divididas de acordo com a evolução das lesões: grupo 1: a lesão regrediu e grupo 2: quando da persistência da NIVA 1. Uma paciente com NIVA 2 e uma outra que não compareceu na terceira avaliação não foram utilizadas nestas comparações. Observou-se que os grupos com lesões, não apresentaram diferença significativa em relação ao número de parceiros, sexarca, uso de contraceptivo, vida sexual ativa no último ano, tabagismo e paridade.

Das 21 pacientes que participaram do estudo 10 apresentaram lesões intraepiteliais de baixo grau sincrônicas em colo e vagina.

No primeiro retorno, das dez pacientes que apresentaram lesões sincrônicas de colo e vagina, cinco evoluíram com regressão da NIVA 1 e do NIC 1 (50%), três mantiveram NIC 1 e NIVA 1 (30%), em uma houve regressão da NIVA 1 com manutenção da NIC 1 (10%) e em outra houve regressão da NIC 1 e manutenção da NIVA 1 (10%). Em resumo, houve 50% de regressão das duas lesões, 30% de persistência das duas lesões e 20% de regressão de apenas uma das lesões.

No segundo retorno, entre pacientes que mantiveram pelo menos uma lesão (cinco pacientes), três mantiveram as NIC 1 e NIVA 1, duas apresentaram regressão das duas lesões e uma manteve a NIC 1 com progressão para NIVA 2; Uma paciente que teve regressão apenas da NIVA 1 no primeiro

retorno, evoluiu com recidiva da NIVA 1 e persistência da NIC 1, e uma paciente que regrediu apenas a NIC 1 no primeiro retorno apresentou persistência da NIVA 1.

Ao final do estudo houve 70% de regressão das duas lesões (colo e vagina). Importante ressaltar que das duas que apresentaram persistência da NIC 1 no final, uma persistiu também com NIVA 1 e a outra progrediu para NIVA 2.

DISCUSSÃO

O manejo das pacientes com NIVA 1 ainda é pouco estudado e não se tem determinado o índice de regressão espontânea específico para NIVA1. A escassez de estudos para NIVA1 pode ser justificada pelo caráter raro desta condição clínica e outros fatores limitantes como o subdiagnóstico. Representa menos de 1% das neoplasias intraepiteliais do trato genital inferior. Sillman e colaboradores encontraram 100 vezes menos NIVA do que NIC. A menor incidência de NIVA é explicada pela patogênese. O epitélio da vagina não tem zona de transformação com células epiteliais imaturas para serem infectadas por HPV. A infecção acontece em microlesões ao coito.^{2,3,7,11,13,14,16}

Essa baixa incidência da doença não diminui a importância da mesma, pois a NIVA é uma lesão com potencial de evolução para o carcinoma. O risco da NIVA progredir para carcinoma invasor parece ser menor do que o risco da NIC progredir para carcinoma cervical, em torno de 13% quando não tratadas.^{6,17}

Os resultados deste estudo demonstram a correção do Setor de PTGI do HSPE na conduta expectante das NIVA 1 como é recomendado por autores como Hatch e colaboradores. Alerta também para que as pacientes sejam rigorosamente selecionadas visto que os diversos tratamentos disponíveis, apesar de seguros, podem trazer graves prejuízos à vida sexual das pacientes segundo Megan e colaboradores.^{13,16,18}

A média de idade das pacientes foi de 51,57 anos, o que condiz com estudos realizados anteriormente, incluindo o realizado por Lapointe e colaboradores na Universidade de Montreal-Canadá, que encontrou média de idade de 50,2. A idade média das pacientes com NIVA é maior que a média das pacientes com NIC.^{2,10,11,21}

Das pacientes que iniciaram o estudo todas realizaram o primeiro retorno, em tempo médio de 6,43 meses variando entre 6 e 8 meses. Do total da amostra, 95,23% das pacientes realizaram os dois retornos, (apenas uma paciente inclusa no estudo não realizou o segundo retorno). O segundo retorno foi realizado em um tempo médio de 12,8 meses, variando entre 12 e 14 meses. A taxa de adesão de 95,23% das pacientes foi relacionada à busca ativa realizada através de carta e contato via telefone.

Quanto à pesquisa DNA-HPV, o estudo foi prejudicado pois apenas 47,61% das pacientes realizaram o exame. Das 10 que realizaram, em oito foi positivo para ao menos 1 tipo de HPV. O HPV é um importante fator de risco para NIVA, e a taxa encontrada neste estudo é semelhante à taxa encontrada no estudo de Daling e colaboradores, que realizaram estudo com 156 mulheres, onde 82% das pacientes eram positivas para ao menos um tipo de HPV. Em trabalho realizado por Srodon e colaboradores, todas as pacientes com NIVA 1 eram positivas para ao menos um tipo de HPV. É importante relatar que das seis pacientes em que as lesões persistiram ou progrediram, três eram positivas para HPV de alto risco. A não realização do exame é um fator limitante do estudo pois a relação do HPV com a patogênese da NIVA 1 já é bem estabelecida.^{12,19}

Quanto ao método contraceptivo 9,5% das pacientes relataram usarem preservativo. Alguns estudos mostram que o uso de preservativos não é fator de proteção significativa em relação ao HPV, e que não aumenta a proteção quando por exemplo comparado com pacientes usuárias de DIU.¹¹

Outros fatores de risco como tabagismo e idade da primeira relação sexual não foram relacionados ao aumento de risco para NIVA 1, resultado semelhante ao de Hua et al.¹¹

Quanto à indicação de realização de colposcopia a principal neste estudo foi colpocitologia oncológica alterada (57,1%). Isto está de acordo com dado de diversos estudos, visto que a maioria das pacientes com NIVA é assintomática e se submetem a colposcopia por CO alterada. O resultado mais encontrado nas CO foram as lesões intraepiteliais de baixo grau (LIEBG), em 38,1%. Hua e colaboradores encontraram 57,9% de LIEBG. A segunda indicação foi o teste de Schiller alterado.^{10,11,16,20,21}

O achado colposcópico encontrado em 100% das lesões foi o teste de Schiller positivo. O teste de Schiller é a arma diagnóstica mais importante para avaliação e localização das lesões vaginais, uma vez que a aceto reação nem sempre é facilmente observada. Segundo Hatch et al, a NIVA 1 geralmente se apresenta com teste de Schiller positivo, epitélio aceto branco tênue e epitélio micropapilar que foram os 3 achados encontrados neste estudo.¹⁶

A persistência da doença ao fim do estudo foi de 30% (6 pacientes), e a progressão foi de 5%. Os índices de regressão e progressão da doença não foram os mesmos encontrados em estudo realizado por Aho et al, que encontraram 13% de persistência e 9% de progressão das lesões.⁶

A regressão encontrada ao fim do estudo foi de 65%, sendo que 53,38% já haviam regredido no primeiro retorno. Este índice é inferior aos valores descritos por Aho et al em 1991 que encontraram 78% de regressão da NIVA em 3 anos de acompanhamento. O índice de regressão encontrado neste estudo pode estar associado ao curto tempo de acompanhamento.⁶

Quanto às lesões sincrônicas de colo e vagina, 47,61% das pacientes apresentaram

NIC e NIVA associadas. A associação de NIVA com NIC e NIV já foi descrita por muitos autores e pode ser explicada pelos fatores de risco serem os mesmos. A NIVA1 e a NIC1 mesmo quando associadas raramente progridem para câncer, o que reforça a conduta expectante mesmo quando as lesões são sincrônicas.^{2,3,5,8,11,12,17,22}

O tamanho da amostra se deve ao fato da raridade da doença e ao tempo de inclusão das pacientes que foi de 6 meses. O número da amostra de grande parte dos estudos é reduzido também, mas tiveram um acompanhamento das pacientes por mais tempo. Por exemplo Zeleigs et al incluíram 188 pacientes com NIVA (todos os graus) e o período do estudo foi de 10 anos.⁷

CONCLUSÃO

A conduta expectante de pacientes com NIVA I teve um índice de regressão satisfatório, com alta adesão.

Em relação às lesões sincrônicas de colo e vagina, apesar da taxa de regressão menor obteve-se índice satisfatório de regressão das lesões.

Para melhor avaliação da conduta expectante é recomendável seguir maior número de pacientes por um período mais longo.

REFERÊNCIAS

1. Graham JB, Meigs JV. Recurrence of tumor after total hysterectomy for carcinoma in situ. *Am J Obstet Gynecol.* 1952;64(5):1159-62.
2. Lim CE, Wong WS. Therapeutic management of vaginal intraepithelial neoplasia and clinical experience in South Western Sidney of Australia. *Int J Gynecol Obstet Res.* 2013; 1(1):36-41.
3. Yalcin OT, Rutherford TJ, Chambers SK, Chambers JT, Schwartz PE. Vaginal intraepithelial neoplasia: treatment by

carbon dioxide laser and risk factors for failure. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;106(1):64-8.

4. Henson D, Tarone R. An Epidemiologic study of cancer of the cervix, vagina and vulva based on the Third National Cancer Survey in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;129(5):525-32.

5. Chao A, Chen TC, Hsueh C, Huang CC, Yang JE, Hsueh S, et al. Human papillomavirus in vaginal intraepithelial neoplasia. *Int J Cancer.* 2012;131(3):E259-68.

6. Aho M, Vesterinen E, Meyer B, Puro-la E, Paavonen J. Natural history of vaginal intraepithelial neoplasia. *Cancer.* 1991;68(1):195-7.

7. Zeligs KP, Byrd K, Tarney CM, Howard RS, Sims BD, Hamilton CA, Stany MP. A clinicopathologic study of vaginal intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 2013;122(6):1223-30.

8. Sillman FH, Fruchter RG, Chen YS, Camilien L, Sedlis A, McTigue E. Vaginal intraepithelial neoplasia: risk factors for persistence, recurrence, and invasion and its management. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176(1 pt-1):93-9.

9. Doungh TH, Flowers LC. Vulvo-vaginal cancers: risk, evaluation, prevention and early detection. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007;34(4):783-802.

10. Hoffman MS. Vaginal intraepithelial neoplasia: risky and underrecognized. *OBG Manag.* 2004;16(6):29-41.

11. Li H, Guo Y, Zhang JX, Qiao J, Geng L. Risk factors for the development of vaginal intraepithelial neoplasia. *Chin Med J (Engl).* 2012;125(7):1219-23.

12. Srodon M, Stoler MH, Baber GB, Kurman RJ. The distribution of low and high-risk HPV types in vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia (VIN and VaIN). *Am J Surg Pathol.* 2006;30(12):1513-8

13. Indermaur MD, Martino MA, Fiorica JV, Roberts WS, Hoffman MS. Upper vaginectomy for the treatment of vaginal

intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(2):577-80.

14. Sillman FH, Sedlis A, Boyce J. A review of lower genital intraepithelial neoplasia and the use of topical 5-fluorouracil. *Obstet Gynecol Surv.* 1985;40(4):190-220.

15. Sherman JF, Mount SL, Evans MF, Skelly J, Simmons-Arnold L, Eltabbakh GH. Smoking increases the risk of high-grade vaginal intraepithelial neoplasia in women with oncogenic human papillomavirus. *Gynecol Oncol.* 2008;110(3):396-401.

16. Hatch KD. Vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN). *Int Fed Gynecol Obstet.* 2006;94(Suppl.1):S40-S43.

17. FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação: trato genital inferior [Internet]. 2010 [citado 2016 Set 25]; São Paulo: FEBRASGO. Disponível em: <<http://projeto HPV.com.br/projeto HPV/wp-content/uploads/2011/03/FEBRASGO-Manual-PTGI-2010.pdf>>.

18. Rome RM, England PG. Management of vaginal intraepithelial neoplasia: a series of 132 cases with long-term follow-up. *Int J Gynecol Cancer.* 2000;10(5):382-90.

19. Daling J, Madeleine M, Schwartz S, Shera K, Carter JJ, McKnight B, et al. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. *Gynecol Oncol.* 2002;84(2):263-70.

20. Wee WW, Chia YN, Yam PK. Diagnosis and treatment of vaginal intraepithelial neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;117(1):15-7.

21. Audet-Lapointe P, Body G, Vaclair R, Drouin P, Ayoub J. Vaginal intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol.* 1990;36(2):232-9.

22. Schockaert S, Poppe W, Arbyn M, Verguts T, Verguts J. Incidence of vaginal intraepithelial neoplasia after hysterectomy for cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(2):113.e1-5.

Leão Faiwchow¹, Guilherme Cardinali Barreiro¹, An Wan Ching¹, Mario Claudio Ghefter,² Antônio Castelo Branco de Deus,¹ Maria Alice Bragagnolo Batalha,¹ Raquel Bezerra Estrela Rodrigues²

Reconstrução torácica com hastes de titânio e músculo grande dorsal após ressecção de condrossarcoma gigante

Thoracic reconstruction with latissimus dorsi flap and titanium ribs after resection of a giant chondrosarcoma

Relato de Caso

1. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimaduras do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Serviço de Cirurgia Torácica do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Grandes defeitos torácicos após ressecções de tumores ou pós-traumáticos constituem um desafio para o cirurgião plástico reconstrutor, na medida em que é necessário atingir uma unidade funcional que substitua o arcabouço do tórax e evite o fenômeno de 'tórax instável'. Existem algumas opções para o reparo destes defeitos, que podem ser usadas isoladas ou em associação, tais como: retalhos locais, retalhos livres, próteses costais de titânio, telas de polipropileno, tela de Marlex etc. Este artigo relata um caso de reconstrução torácica imediata após a retirada de um condrossarcoma esternal gigante com uso de costelas de titânio, tela de polipropileno e músculo grande dorsal.

Descritores: Toracoplastia; Condrossarcoma/cirurgia; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Relatos de casos

ABSTRACT

Great thoracic defects after resection of tumors or post-traumatic constitute a challenge to reconstructive plastic surgeon, since is necessary to achieve a functional unit to replace chest wall and avoid 'flail chest'. There are some options for the repair of these defects, which can be used alone or in combination, such as: local flaps, free flaps, titanium ribs, polypropylene meshes, Marlex etc. This article reports a case of immediate chest wall reconstruction after removal of a giant sternal chondrosarcoma using titanium ribs, polypropylene mesh and latissimus dorsi muscle.

Keywords: Thoracoplasty; Chondrosarcoma/surgery; Reconstructive surgical procedures; Case reports

Data de submissão: 15/03/2016
Data de aceite: 29/09/2016

Correspondência

Antônio Castelo Branco de Deus
Serviço de Cirurgia Plástica e Queimaduras do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: antoniocbdedeus@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Cirurgia Plástica e Queimaduras do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A reconstrução imediata de grandes defeitos da parede torácica representa um desafio para a medicina. Sua execução deve considerar o correto manejo da cavidade pleural, do arcabouço ósseo e dos tecidos moles de cobertura para restauração da forma e fisiologia do tórax. Deve-se atentar para a manutenção de sua estrutura tridimensional, de modo a evitar instabilidade e respiração paradoxal.^{1,2}

Os condrossarcomas compõem um grupo heterogêneo de tumores malignos caracterizados por produção excessiva de matriz cartilaginosa. Apesar de ser uma entidade rara, é a causa mais comum de tumor maligno primário da caixa torácica e caracteriza-se pelo alto potencial de invasão locorregional e recorrência. Afeta principalmente homens de meia idade, sendo incomum antes dos 20 anos. A ressecção em bloco com margens adequadas é o único tratamento curativo, já que o mesmo apresenta má resposta à radio e quimioterapia.³⁻⁵

Dentre as opções de reconstrução esquelética, as mais utilizadas são telas de polipropileno, Gore-Tex (politetrafluoroetileno) ou hastes de titânio para substituição dos arcos costais. Para cobertura de partes moles, o uso de retalhos musculares é conduta de primeira linha. Tais músculos incluem: peitoral maior, grande dorsal, serrátil anterior e reto abdominal. Em casos específicos, um retalho de omento também pode ser utilizado.⁵⁻⁸

Apresentamos um caso de reconstrução torácica após ressecção de condrossarcoma gigante, em que foram associados tela de polipropileno, placas de reconstrução costal de titânio e retalho de músculo grande dorsal.

RELATO DO CASO

Apresentamos o caso do paciente JBD, 56 anos, branco, ex-tabagista há nove anos (carga tabágica de 20 a.m.), portador de massa em hemitórax direito de surgimento há vinte anos (Figura 1). Ao exame físico, a lesão apresentava-se com formato esférico e diâmetro aproximado de 32 cm. Não provocava grande limitação de movimento, parestesia ou parestesia do membro superior direito (MSD), dor ou desconforto respiratório. O paciente negou história pessoal de neoplasia ou trauma local.



Figura 1: Condrossarcoma esternal gigante (pré-operatório)

A biópsia revelou tecido cartilaginoso com atipia celular. À tomografia computadorizada (TC), massa heterogênea de aproximadamente 32 x 30 x 31 cm, contornos lobulados, com calcificações esparsas de permeio, localizada na parede torácica direita, estendendo-se para o hemitórax e ocupando o campo pulmonar médio, com compressão extrínseca do átrio e a veia cava superior. Além disso, havia alargamento do 3º espaço intercostal com irregularidade das corticais ósseas dos arcos envolvidos, sugerindo processo neoplásico. Havia outra lesão com características semelhantes em ápice pulmonar direito, medindo 8,4 x 6,3 x 7,5 cm e ausência de linfonodomegalias mediastinais ou perihilares (Figura 2).



Figura 2: Tomografia computadorizada mostrando volumosa massa heterogênea localizada na parede torácica direita estendendo-se para o hemitórax, ocupando o campo pulmonar médio, comprimindo o átrio e a veia cava superior medindo aproximadamente 32 x 30 x 31 cm, além de lesão satélite em ápice pulmonar direito

O paciente foi submetido à ressecção da lesão com reconstrução imediata em outubro de 2014. O procedimento foi realizado em conjunto pelas equipes de Cirurgia Torácica e Plástica, por meio de toracotomia direita, para ressecção em bloco de massa torácica que invadia: 1º ao 5º arcos costais, segmento do esterno, lobos superior e médio do pulmão direito, raiz nervosa de T1, gânglio estrelado e músculos peitoral maior e menor (Figuras 3 e 4A-4B). O peso total da peça foi de aproximadamente 15 kg.

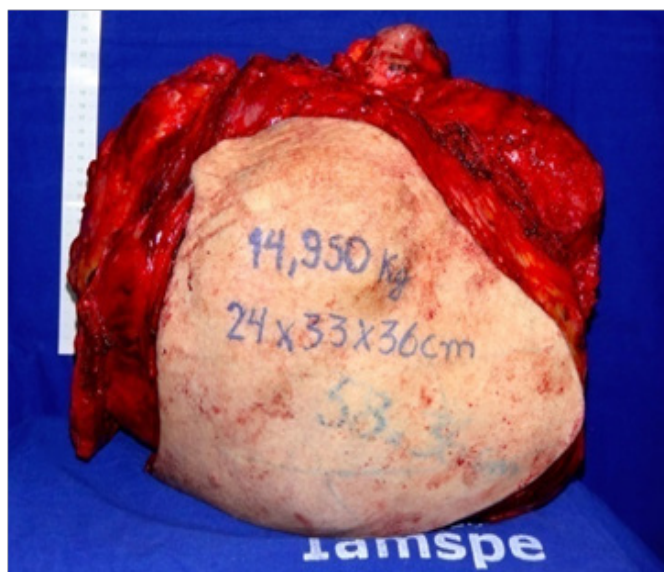


Figura 3: Lesão ressecada em único bloco, pesando 14,95 kg e medindo 24 x 33 x 33 cm

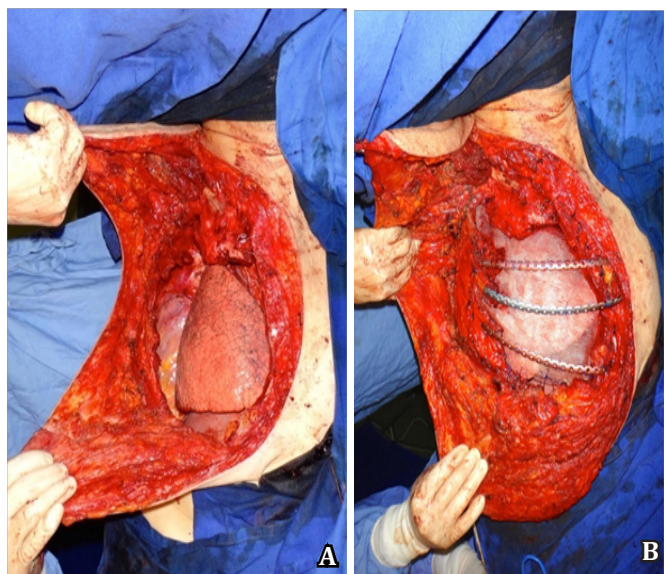


Figura 4: Intra-operatório - **A:** defeito resultante após ressecção em bloco de massa torácica incluindo parte do esterno, 1º ao 5º arcos costais, bilobectomia (lobos superior e médio) e músculos peitoral maior e menor. **B:** fixação de tela de polipropileno em dupla face e hastes de titânio.

O defeito resultante exigiu reconstrução da cavidade pleural, do arcabouço ósseo e de tecidos moles de todo o hemitórax através de tela de polipropileno em dupla camada, três arcos de titânio (Figura 4B) e retalho miocutâneo do músculo grande dorsal. O retalho foi planejado para cobertura do material de síntese (Figura 5B), com uma ilha de pele para monitorização de sua viabilidade. Foram alocados dois drenos - um na cavidade torácica (em selo d'água) e outro no subcutâneo (de sucção) (Figura 6). O tempo cirúrgico total foi de onze horas, e foram transfundidas cinco unidades de concentrado de hemácias. Durante a intervenção, o paciente manteve-se estável hemodinamicamente e não houve intercorrência clínica ou cirúrgica.

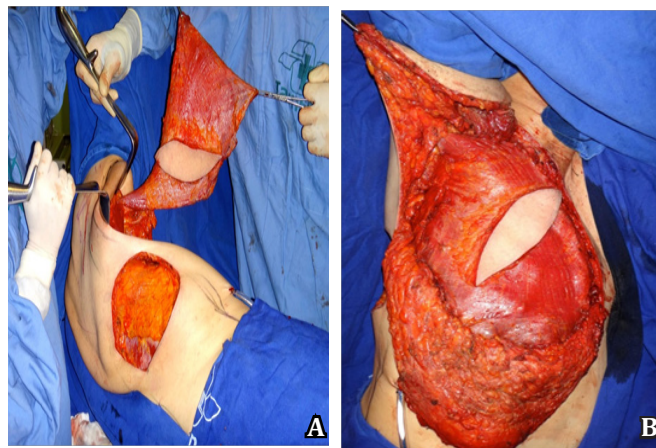


Figura 5: Intra-operatório - **A:** retalho de m. grande dorsal dissecado e **B:** retalho posicionado para cobertura de material de síntese



Figura 6: Pós-operatório imediato

RESULTADOS

O paciente permaneceu em UTI por 48h (sendo 30 horas em ventilação mecânica)

e apresentou evolução clínica favorável. Os drenos cavitário e de subcutâneo foram retirados no 9º e 13º PO, respectivamente. A análise histopatológica confirmou o achado de condrossarcoma de origem esternal, infiltrando por contiguidade o pulmão, 1º e 2º arcos costais e tecido subcutâneo, com índice mitótico de 1 mitose / 10 campos de grande aumento e ausência de invasão vascular. Estádio histológico: pT2b pNx pMx.

Durante o acompanhamento pós-operatório, observou-se pequena área de deiscência superiormente, sem sinais inflamatórios, tratada com desbridamentos e trocas de curativo. Houve, ainda, discreto déficit motor em MSD (dificuldade na abdução e elevação do membro), com resposta parcial à fisioterapia. O aspecto final da reconstrução torácica revela um resultado bastante favorável do ponto de vista estético e funcional (Figuras 7 e 8).



Figura 7: Aspecto do 4º mês de pós-operatório

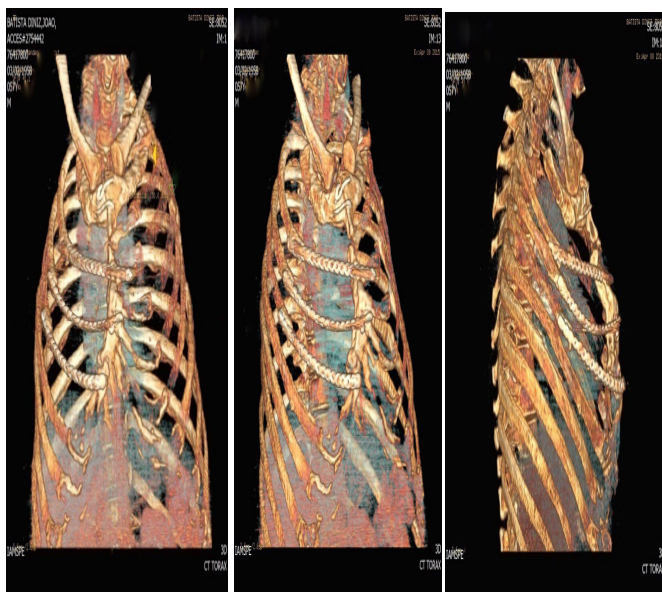


Figura 8: Tomografia computadorizada de controle com reconstrução 3D - 4º mês de pós-operatório

DISCUSSÃO

Trata-se de um condrossarcoma esternal gigante, com aproximadamente vinte anos de história que, apesar do volume tumoral, não tinha queixas específicas e não relatava lesões torácicas prévias, o que corrobora com dados da literatura.⁵

As cinco primeiras costelas são as mais afetadas, com maior acometimento de segmentos laterais, se comparados às regiões anterior e posterior.⁵

O estudo tomográfico facilita o planejamento cirúrgico, pois auxilia na delimitação da lesão e evidencia sua relação com estruturas nobres adjacentes. Considerando-se que a cirurgia é o único tratamento curativo, e que a margem cirúrgica é o principal fator prognóstico, decidiu-se por ressecção em bloco do tumor e de órgãos vizinhos comprometidos, com margem mínima de 2 cm sobre elementos nobres e 4 cm sobre os demais, além de ressecção de um arco costal acima e abaixo da lesão.^{5,6}

Defeitos menores que cinco centímetros, aqueles localizados posteriormente, próximos à escápula; ou que envolvam ressecção acima da quarta costela podem ser fechados apenas com uso de partes moles, sem realizar-se reconstrução do arcabouço ósseo. Defeitos maiores que cinco centímetros na parede lateral, ou ressecção de três ou mais costelas consecutivas, requerem estabilização da parede torácica, para evitar-se o fenômeno de tórax instável.^{1,9}

Retalhos são frequentemente necessários para o fechamento de grandes defeitos, controle de infecções, obliteração de espaços mortos, cobertura de material sintético e profilaxia de herniação do conteúdo torácico. Irrigado pela artéria toracodorsal, o músculo grande dorsal pode ser utilizado como retalho miocutâneo, ou apenas muscular, para cobertura de defeitos das paredes anterior e anterolateral do tórax. Retalhos livres não são usados rotineiramente, sendo reservados para situações nas quais os retalhos regionais estão indisponíveis, são insuficientes ou falharam anteriormente.^{1,2,10}

Existem vários métodos de reconstrução da parede torácica, incluindo telas sintéticas de polipropileno, Gore-tex (politetrafluoroetileno) ou Marlex. No entanto, tais telas não oferecem suporte suficiente para reconstrução da

parede lateral do tórax e não apresentam bons resultados estéticos, principalmente em indivíduos jovens, uma vez que comprometem o contorno torácico com o crescimento do paciente, preferindo-se a utilização de hastes de titânio.⁵⁻⁷

A escolha deste tipo de material é baseada na sua flexibilidade, alta resistência, boa integração óssea, ausência de interação com a Ressonância Nuclear Magnética, por não se tratar de material ferromagnético, e menor observação de artefatos tomográficos, com melhor geração de imagens tridimensionais. Em casos de reoperação, as hastes apresentam menor aderência aos tecidos.^{6,7,10}

No caso em discussão, optou-se pela utilização de telas de polipropileno em dupla camada para reconstrução da cavidade pleural; três hastes de titânio, para substituição dos arcos costais; e retalho miocutâneo do músculo grande dorsal, para cobertura do material de síntese e substituição de partes moles.

REFERÊNCIAS

1. Losken A, Thouranib VH, Culbertson JH, Millerb JI, Carlsona GW, Mansourb KA et al. A reconstructive algorithm for plastic surgery following extensive chest wall resection. *Br J Plast Surg*. 2004;57(4):295–302.
2. Bakri K, Mardini S, Evans KK, Carlsen BT, Arnold PG. Workhorse flaps in chest wall reconstruction: the pectoralis major, latissimusdorsi, and rectus abdominis flaps. *Semin Plast Surg*. 2011; 25(1):43-54.
3. Yadav P, Paliwal BR, Kozak K. Dosimetric comparison of photon and proton treatment techniques for chondrosarcoma of thoracic spine. *Med Dosim*. 2013; 38(3):233–7.
4. Rascoe PA, Reznik SI, Smythe WR. Chondrosarcoma of the thorax. *Sarcoma*. 2011 (2011):1-7.
5. Bacha D, Ayadi-Kaddour A, Fenniche S, Marghli A, Kilani T, El Mezni F. Costal chondrosarcoma. Report of five cases. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2009;95(2):164-9.

Apesar do tempo cirúrgico prolongado, a evolução do paciente no pós-operatório foi favorável, permanecendo 30 horas em ventilação mecânica, menor do que os três a cinco dias descritos na literatura.¹

O paciente apresentando melhora significativa do déficit motor de MSD com fisioterapia e segue em acompanhamento trimestral.

CONCLUSÃO

Ainda que constitua situação desafiadora para o cirurgião plástico reconstrutor, o reparo de grandes defeitos da parede torácica pode ser realizado com resultado satisfatório, desde que executado por equipe capacitada e correto planejamento pré e intra-operatório. No caso em questão, o paciente foi tratado com o uso de materiais sintéticos associados à retalho pediculado de músculo grande dorsal, obtendo um desfecho adequado do ponto de vista estético e funcional.

6. Bille A, Gisabella M, Errico L, Borasio P. A suitable system of reconstruction with titanium rib prosthesis after chest wall resection for Ewing sarcoma. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011;12:293–6.
7. Yoon YH. Titanium Rib Plate Technique for Huge Chest Wall Reconstruction. *Surg Sci*. 2011;2:331-4.
8. Song DH, Roughton MC. Reconstruction of the chest. In: Neligan PC. *Plastic Surgery*. Seattle: Elsevier; 2013.
9. Basta MN, Fischer JP, Lotano VE, Kovach SJ. The Thoracoplastic Approach to Chest wall reconstruction: preliminary results of a multidisciplinary approach minimize morbidity. *Plast Reconstr Surg*. 2014;134(6):959e-67e.
10. Coonar AS, Qureshi N, Smith I, Wells FC, Reisberg E, Wihlm JM. A novel titanium rib bridge system for chest wall reconstruction. *Ann Thorac Surg*. 2009; 87(5):46-8.

Natalya de Andrade Bezerra¹, Thays Fernanda Avelino dos Santos¹, Fernanda Alves Guimarães¹, Lucas Osanan Andrade de Sousa¹, Carolina Cavalcante Dantas¹, Erika Mucciolo Carbenite¹, Marjorie Cristine Agnoletto¹, Washington Biz¹

Lipoma de amígdala

Lipoma tonsil

Relato de Caso

1. Serviço de Otorrinolaringologia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Lipoma é um tumor intra-oral benigno relativamente raro. A incidência do lipoma atingindo as tonsilas palatinas varia na literatura de 0,5 a 2,2% de todos os lipomas encontrados no corpo. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de uma paciente, do sexo feminino, 53 anos assintomática com lesão pedunculada, com aproximadamente 2 cm de extensão, de coloração rósea e aspecto polipóide em amígdala direita, com diagnóstico histopatológico compatível com lipoma submucoso tonsilar, sem recidivas após procedimento cirúrgico.

Descritores: Lipoma/diagnóstico; Neoplasias tonsilares/diagnóstico; Relatos de casos

ABSTRACT

Lipoma is a benign intraoral tumor relatively rare. The incidence of lipoma affecting the palatine tonsils varies in the literature from 0,5 to 2.2% of all lipomas found in the body. The aim of this study is to report a patient case, female, 53 years old, asymptomatic, with pedunculated lesion, approximately 2 cm long, pinkish in color and polypoid aspect, in the right amygdala, with histopathologic diagnosis compatible with tonsillar submucosal lipoma. No recurrence after surgical procedure.

Keywords: Lipoma/diagnosis; Tonsillar neoplasms; Case reports

Data de submissão: 23/05/2016

Data de aceite: 17/10/2016

Correspondência

Thays Fernanda Avelino dos Santos
Serviço de Otorrinolaringologia do,
Hospital do Servidor Público Estadual
"Francisco Morato de Oliveira", HSPE-
FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Borges Lagoa 1755, 3º
andar - Vila Clementino - CEP 04039-901,
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: thays424@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Otorrinolaringologia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Lipoma intra-oral é um tumor benigno relativamente raro, embora ocorra com frequência considerável em outras áreas particularmente nas costas, abdômen e ombros de adultos. Possui taxa de crescimento baixa e desenvolve-se respeitando os limites anatômicos subjacentes. A maioria das neoplasias que acometem as tonsilas palatinas é de característica maligna. A incidência do lipoma atingindo as tonsilas palatinas varia na literatura de 05 a 2,2% de todos os lipomas encontrados no corpo. Geralmente são de crescimento lento, bem delimitado, indolor podendo ser superficial ou profundo.¹⁻⁴

Os lipomas podem apresentar variantes microscópicas, a exemplo do fibrolipoma, angiolipoma, lipoma de células fusiformes, lipoma Pleomórfico e lipoma intramuscular. O tratamento do lipoma é fundamentado na excisão cirúrgica total e conservadora, diminuindo assim a possibilidade de recidiva.⁵

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos, assintomática, foi encaminhada ao ambulatório do serviço para avaliação de lesão em orofaringe de tempo indeterminado. Ao exame otorrinolaringológico, na inspeção da cavidade oral, foi visualizada lesão pedunculada, com aproximadamente 2 cm de extensão, de coloração rósea e aspecto polipóide em amígdala direita, enquanto a oposta não apresentava alterações.

Realizou-se remoção das tonsilas palatinas, sem intercorrências, enviadas para análise histopatológica que foi compatível com lipoma submucoso tonsilar (Figuras 1 e 2).

Atualmente paciente encontra-se em seguimento ambulatorial sem queixas ou sinal de recidiva.

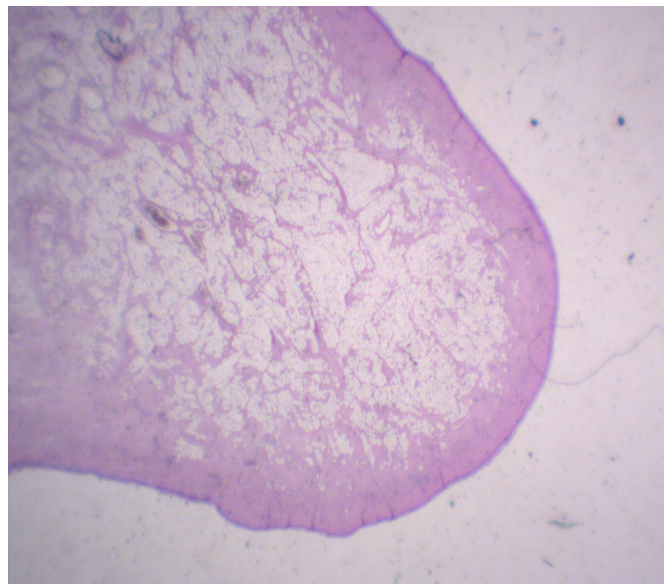


Figura 1: Corte histológico de fragmento de amígdala. Na lâmina própria nota-se tecido adiposo bem diferenciado, contornado por cápsula fibrosa. Hematoxilina - Eosina (HE). Vista panorâmica

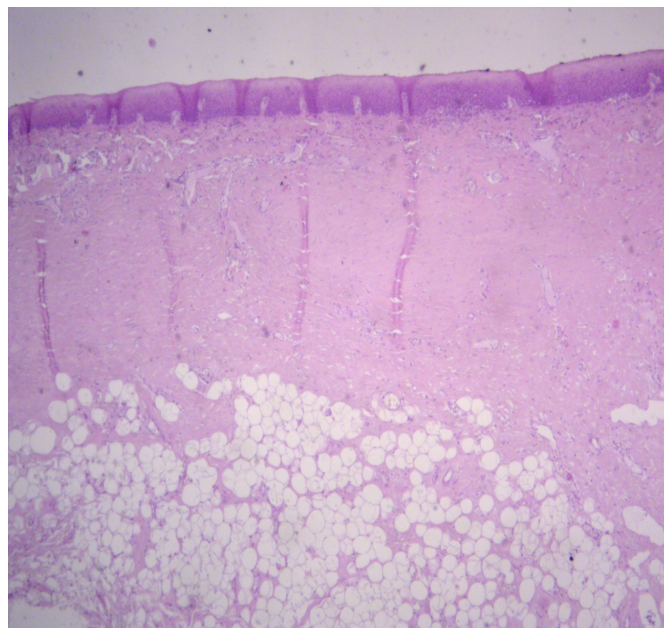


Figura 2: Corte histológico em maior aumento, mostrando em maiores detalhes, massa de tecido adiposo bem diferenciado, cápsula fibrosa e epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado exibindo atrofia. HE. Aumento original 40x.

DISCUSSÃO

Lipoma tonsilar normalmente é assintomático, mas temos descrições sendo atribuídos à doença os sintomas de salivação excessiva, sensação de corpo estranho na garganta, ausência de dor, aumento da sensibilidade local e tosse seca. A sintomatologia é dependente do

seu tamanho e localização, que de acordo com o aumento do volume, pode gerar dispneia e obstrução alta das vias aéreas. No presente caso, a paciente encontrava-se assintomática.²

Em sua maioria apresentam-se a partir da 4ª década de vida, com raros relatos em indivíduos com menos de 20 anos. Os lipomas não apresentam predileção por gênero, entretanto estudos apontam uma incidência maior no masculino. Compatível com os achados, a paciente está na faixa etária descrita na literatura.⁶

O exame histopatológico do tecido retirado por uma biópsia incisional ou excisional é o padrão ouro para um diagnóstico preciso. As características histopatológicas

são de um tumor composto de tecido adiposo bem diferenciado envolvido de uma cápsula de tecido conjuntivo.^{4,7}

Amigdalectomia é o tratamento adequado para o lipoma de tonsilas palatinas. A recorrência é rara com excelente prognóstico.⁸

CONCLUSÃO

Apesar de o lipoma ser uma neoplasia benigna, devido sua baixa prevalência nas tonsilas palatinas, é importante a realização do diagnóstico diferencial e tratamento adequado, para garantir o conforto, bem-estar e qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos BC, Porto GG, Carneiro SC, Xavier RL. Lipomas da cavidade oral Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73(6):848.
2. Martin CN, Chung D, Araújo K, Enoki A. Fibrolipoma de tonsila palatina. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2009; 38(3):200-01.
3. Tsunoda A. Lipoma in the peri-tonsillar space. J Laryngol Otol. 1994;108(8):693-5.
4. Noro Filho GA, Caputo BV, Santos CC, Souza RS, Giovani EM, Scabar LF, Allegretti CE. Diagnóstico e tratamento do lipoma intraoral: relato de caso. J Health Sci Inst. 2010;28(2):133-5.
5. Santos LA, Barbalho JC, Costa DF, Silva CC, Pereira VB, Vasconcelos BE. Lipoma intraoral: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe. 2014; 14(3):39-44.
6. Peres PI, Barros RM, Cieslak SR, Saldanha KD, Costa DC, Jardim EC. Lipoma intrabucal: um caso atípico. Salusvita, Bauru. 2015; 34(2):317-25.
7. Manjunatha BS, Pateel GS, Shah V. Oral fibrolipoma - a rare histological entity: report of 3 cases and review of literature. J Dent, Teerã. 2010; 7(4):226-31.
8. Wang CP, Kwan PC, Ho CY. Lipoma of the palatine tonsil. J Formos Med Assoc. 2007; 106(8):673-5.

Laís Pimenta Faleiros¹, Ana Paula Menossi Takeichi¹, Estela Mion Petrillo Duarte¹, Hudson Ferraz e Silva², Umberto Gazi Lippi², Reginaldo Guedes Coelho Lopes²

Diástole reversa na artéria umbilical em pré-eclâmpsia

Diastole reverse in the umbilical artery in pre eclampsia

Relato de Caso

1. Curso Acadêmico de Medicina, Universidade Cidade São Paulo, São Paulo, Brasil.

2. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do, Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Diástole reversa (DR) é a presença de velocidade de fluxo reverso durante a diástole na artéria umbilical, decorrente de uma grave insuficiência placentária. Acomete principalmente as gestantes de alto risco. O relato é de uma primigesta de 31 semanas e 3 dias com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) - pré eclâmpsia -, que apresentou oligoâmnio; na dopplervelocimetria identificou-se DR, com centralização fetal e Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU). A conduta obstétrica foi a interrupção da gestação com parto cesáreo com evolução favorável do quadro materno e fetal.

Descritores: Pré-eclâmpsia; Fluxometria por laser-doppler; Insuficiência placentária; Relatos de casos

ABSTRACT

Reverse diastole (DR) is the presence of reverse flow rate during diastole in the umbilical artery, resulting from a severe placental insufficiency. Mainly affects high-risk pregnant women. The case is a first pregnancy 31 weeks and 3 days with Hypertensive Disease Specific of Pregnancy - Pre eclampsia - which presented oligoamnion; doppler velocimetry in DR identified with fetal restriction of intra uterine growth (IUGR) and centralization. Obstetric conduct was the termination of pregnancy with cesarean delivery with a favorable evolution of maternal and fetal frame.

Keywords: Pre-eclampsia; Laser-doppler flowmetry; Placental insufficiency; Case reports

Data de submissão: 18/05/2016
Data de aceite: 18/10/2016

Correspondência

Hudson Ferraz e Silva
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do, Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo 1800, 4º andar - Vila Clementino - CEP 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: hudson.ferraz@uol.com.br

Trabalho realizado:

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A DHEG é caracterizada por Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e Pressão Arterial Diástolica (PAD) ≥ 90 mmHg, em 2 aferições, com intervalo de 4-6 horas. Ocorre, geralmente, após a 20ª semana de gestação, com proteinúria (> 300 mg/24horas) e/ou edema.¹

No Brasil a incidência de síndromes hipertensivas pode chegar a 30%, sendo a principal causa de morte materna; já, nos países desenvolvidos é a terceira causa.³⁻⁵

A etiologia da DHEG ainda não foi elucidada. Sabe-se que há aumento da resistência periférica total, da pressão sanguínea secundária ao vasoespasmio arteriolar e lesão endotelial. Na pré-eclâmpsia, a deficiência na invasão trofoblástica reduz o fluxo útero-placentário, que resulta em insuficiência placentária, hipóxia, restrição de crescimento fetal e elevação da morbidade perinatal.^{1,2}

A insuficiência placentária por aumento da resistência vascular reduz a velocidade diastólica nas artérias umbilicais. A dopplervelocimetria obstétrica é o exame de escolha, que inicialmente apresentará uma diminuição da velocidade do fluxo sanguíneo, e posteriormente, culminará em fluxo ausente – Diástole Zero (DZ) – ou fluxo reverso – Diástole Reversa (DR), o que caracteriza uma insuficiência placentária gravíssima, que acomete de 1 – 34% das gestações de alto risco, com grande aumento da mortalidade perinatal.^{3,4}

Este exame mostra se há centralização da circulação fetal, pelo aumento do fluxo sanguíneo da artéria cerebral média na diástole, com diminuição de seu Índice de Pulsatilidade (IP), que repercute na cardiotocografia (CTG) e no perfil biofísico fetal (PBF), bem como no ducto venoso durante a contração atrial em sua forma grave. Também diferencia o feto pequeno patológico do constitucional.^{3,5-9}

A dificuldade na tomada de conduta associada à complexidade do assunto incentivou a discussão do caso.

RELATO DO CASO

JLG, 25 anos, sem comorbidades e vícios, antecedente familiar de Hipertensão Arterial Sistêmica em mãe e irmã, primigesta, na 31ª semana e 1 dia de gestação, com data da última menstruação 05/10/2014 e data provável do parto 12/07/2015, em acompanhamento no pré-natal de alto risco, devido a DHEG, em uso de metildopa, 750mg/dia; sorologias negativas, imune a Toxoplasmose e Rubéola. Sem alteração ultrassonográfica no 1º trimestre. Encaminhada para internação no IAMSPE com PA: 130x100 mmHg, ausência de edema, AU: 24 cm, Batimento Cardíaco Fetal (BCF) e Movimentos Fetais (MF) presentes. No toque vaginal evidenciou colo grosso, posterior e impérvio e Teste Sem Estresse (TSS) ativo.

Na admissão, os exames foram: tipagem sanguínea - B Rh+; Ht - 43,3%; Hb - 14,6 g/dl; plaquetas: 323.000/mm³; Coagulograma: TP: 11,4s; INR: 0,95; TPPa: 28,8s; proteinúria - 1,40 g/24 h; ácido úrico - 7,4 mg/dL; Cr: 0,6 mg/dl; U: 29 mg/dl; DHL: 183 U/L; AST: 13 U/L; ALT: 8 U/L; BT: 0,36 mg/dl. Fundoscopia normal.

A ultrassonografia evidenciou gestação única, em apresentação cefálica, dorso à esquerda, BCF presentes, movimentos ativos, RCIU, IG compatível com 26 semanas e 5 dias, oligoamnio, com ILA de 63,2 mm, abaixo do percentil 2,5 e Dopplervelocimetria alterada, Artéria Umbilical S/D 5, 17 IP 1,62 IR 0,81// Artéria Cerebral S/D 2,20 IP 0,78 IR 0,55. Identificou-se na artéria umbilical um IP no percentil 95 e na artéria cerebral média abaixo do percentil 5, o que motivou a internação.

Feito o diagnóstico de DHEG, RCIU, oligoâminio, com o feto centralizado, indicou-se a realização de novo Doppler, que identificou DR da artéria umbilical, impossibilidade da avaliação do ducto venoso e PBF: 6 pontos (CTB: 0; MF: 2; Tônus: 2; Movimentos Respiratórios: 2; Volume do Líquido Amniótico: 0), sendo este quadro sugestivo de anóxia grave (Figuras 1 e 2).

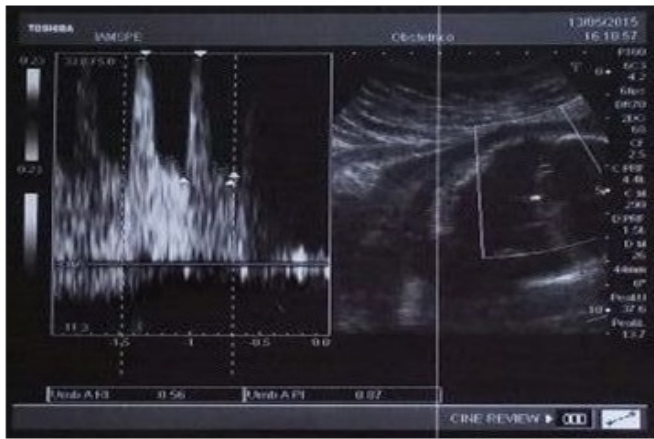


Figura 1: Artéria cerebral média: diástole acima de p95

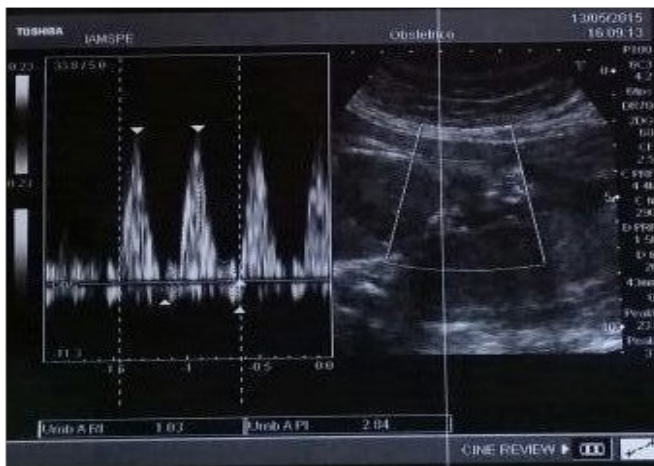


Figura 2: Diástole reversa da artéria umbilical (abaixo da linha zero)

Realizou-se a corticoterapia (2 doses de betametasona) para interrupção da gestação, o parto Cesáreo ocorreu com IG 31 semanas e 3 dias, líquido amniótico claro e sem intercorrências.

O RN feminino, nasceu vivo, com 820g, peso abaixo do percentil 3, APGAR: 1'=6 e 5'=9, pH do cordão umbilical: 7,42, com BE: -5, encaminhado para UTI. Classificado como PIG, extremo baixo peso, com "New Ballard" de 31 semanas e 4 dias. Evoluiu com anemia, meningite e sepse tardia, tratada com Cefepime. Teve alta com 58 dias de vida, sem sequelas aparentes.

DISCUSSÃO

O único fator de risco para DHEG foi a nuliparidade. A paciente apresentou hemoconcentração, proteinúria significativa e hiperuricemia, sugestivo de pré-eclâmpsia grave e feto com RCIU.¹

Neste relato, os eventos relacionados à má adaptação circulatória na gestação, se manifestam de diferentes formas: na mãe, como síndromes hipertensivas; no ambiente intra-uterino com a presença de oligoâmnio e no feto com centralização e RCIU, esta última, associa-se com alteração apresentada na dopplervelocimetria da artéria umbilical caracterizada por DZ ou DR. Estas alterações classificam a pré eclâmpsia como grave.⁷

Nos casos de pré-eclâmpsia grave, a conduta expectante pode ocorrer até a 37ª semana, caso haja alguma alteração, como: impossibilidade de controle da doença materna ou de alterações da vitalidade e do crescimento fetal avaliados pela: CTG, PBF e dopplervelocimetria; é necessária a resolução da gestação, que pode ser classificada em imediata ou mediata. A imediata é preconizada quando há DR, desacelerações tardias de repetição, oligoamnio (ILA < 3,0), PBF ≤ 6 e IP para veias do ducto venoso ≥ 1,5. Já, a interrupção mediata é quando o ILA estiver entre 3-5 e IPV do ducto venoso entre 1,0 – 1,5.¹

A prematuridade e a centralização possuem elevados índices de morbimortalidade perinatal, principalmente, se Apgar < 7 no 1' e 5'.

A resolução da gestação é o tratamento ideal nos casos de insuficiência placentária. Entretanto, a conduta obstétrica diante do diagnóstico permanece controversa, pois, há dificuldade para o reconhecimento das repercussões do sofrimento fetal em curto, médio e longo prazo bem como os limites de hipóxia suportados pelo feto e as complicações da prematuridade.⁷⁻⁹

A conduta resolutiva da gestação foi adequada frente à literatura, que preconiza essa decisão pela DR, após a administração da corticoterapia, repercussões fetais frente à hipóxia – centralização – em doenças maternas graves, como pré-eclâmpsia.

A evolução favorável do quadro materno e fetal foi possível pela rápida condução do quadro e suporte da equipe de neonatologia.

REFERÊNCIAS

1. Zugaib M. Doença hipertensiva específica da gestação. In: Zugaib M. Zugaib obstetrícia. Barueri, SP: Manole; 2008. p. 600-24.
2. Bortolotto MR, Bortolotto LA, Zugaib M. Hipertensão e gravidez: fisiopatologia. Hipertensão. 2008; 11(1):9-13.
3. Francisco RP, Nomura RM, Miyadahira S, Zugaib M. Diástole zero ou reversa à dopplervelocimetria das artérias umbilicais. Rev Assoc Med Bras. 2001; 47(1):30-6.
4. Moura MD, Margotto PR, Rugolo SM. Alterações do fluxo sanguíneo em artéria umbilical na síndrome hipertensiva gestacional e suas implicações nos resultados neonatais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(2):71-7.
5. Nomura RM, Niigaki JI, Horigome FT, Francisco RP, Zugaib M. Dopplervelocimetria da artéria cerebral média fetal e outros parâmetros de vitalidade fetal na sobrevida neonatal em gestações com insuficiência placentária. Rev Assoc Med Bras. 2013;59(4):392-9.
6. Yamamoto RM, Francisco RP, Miyadahira S, Chuba CC, Zugaib M. Fatores Prognósticos para o óbito perinatal em gestações com diástole zero ou reversa na dopplervelocimetria das artérias umbilicais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000; 22(6):353-63.
7. Villas-Bôas MJ, Maestá I, Consonni M. Mecanismo de centralização: da insuficiência placentária à adaptação circulatória fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(7):366-71.
8. Nomura RM, Francisco RP, Sakamoto K, Miyadahira S, Zugaib M. Centralização da circulação fetal em gestações de alto risco: avaliação da vitalidade fetal e resultados perinatais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23(3):137-43.
9. Macêdo AÉ, Noronha Neto C, Souza AS. Conduta obstétrica na centralização da circulação fetal. Femina. 2011; 39(5):251-7.

Sheila Rodrigues Lopes¹, José César Viana da Silva

Avaliação da qualidade na implantação de um serviço de atendimento em saúde

Quality assessment on the implementation of a health care service

Revisão

1. Faculdade Anhanguera de São Paulo, Valinhos, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar a implantação e a qualidade dos serviços de atendimento à saúde. **Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica por meio das bases de dados Scielo, Lilacs, MEDLINE e em literaturas específicas. As consultas utilizaram as palavras chave: avaliação da qualidade dos serviços de saúde, implantação de serviços e auditoria em saúde. **Resultados:** A qualidade é essencial em todo o serviço de saúde, com a competitividade de mercado, cada dia mais há uma busca em oferecer serviços de qualidade. **Conclusão:** Para uma implantação de um serviço de atendimento em saúde é essencial que a qualidade faça parte do projeto, estudos mostram que a busca pela qualidade é constante e cada vez mais valoriza as instituições que priorizam a prestação de serviço visando não só a lucratividade.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde; Serviços de saúde; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde

ABSTRACT

Objective: To evaluate the implementation and the quality of health care services. **Methods:** A literature review was conducted through Scielo databases, Lilacs, MEDLINE and specific literature. Queries used the keywords: assessing the quality of health services, implementation services and health audit. **Results:** The quality is essential in any health service, with the market competitiveness, more and more there is a quest to offer quality services. **Conclusion:** For a deployment of a health care service is essential that the quality part of the project, studies show that the search for quality is constant and increasingly values the institutions that prioritize service delivery aimed not only profitability

Keywords: Quality of health care; Health services; Quality assurance, health care

Data de submissão: 01/03/2016
Data de aceite: 21/09/2016

Correspondência

Sheila Rodrigues Lopes

Anhanguera Educacional Ltda.
Endereço: Alameda Maria Tereza, 4266
Dois Córregos - CEP: 13278-181
Valinhos, SP, Brasil
E-mail: sheilalopes2013uniban@gmail.com

Trabalho realizado:

Faculdade Anhanguera de São Paulo, Valinhos, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

Qualidade é algo esperado e desejado por todas as pessoas que procuram um serviço de saúde, seja em ambiente público, privado ou filantrópico, a discussão sobre qualidade em saúde já é algo muito discutido e os setores principalmente privados buscam apresentar de forma muito espontânea ao público atendido e aos prestadores de serviços. Atualmente a qualidade em atendimento é uma questão necessária para manter as instituições prestadoras de serviços de saúde ativas no mercado que é muito competitivo e complexo.^{1,2}

Para a implantação de um serviço de atendimento de saúde, seja em uma instituição já existente como a abertura de uma nova ala ou até mesmo a construção de um projeto para abertura de novas unidades, o primeiro passo a ser discutido é a qualidade que deve ser oferecida a esses novos clientes e a equipe de auditoria seja contratada para realizar uma consultoria ou elaboração de pesquisas deve apresentar se atualizada no mercado para realizar pesquisas e apontar ideias que podem ser elaboradas e implantadas.³

Auditoria tem como significado ouvir, e é uma ferramenta extremamente importante para realizar a mensuração da qualidade de um serviço prestado ou a implantação de um novo serviço além de apresentar os custos totais que são designados para a prestação dos serviços, através da auditoria é possível identificar e buscar ações para possíveis falhas no atendimento, a auditoria consiste em uma prática de avaliação de maneira sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, avaliando de maneira geral a instituição e a eficácia de novos serviços prestados é uma prática adotada para melhor avaliar todos os processos institucionais.^{4,5}

Durante a implantação de um serviço de atendimento é necessário que além de uma pesquisa de mercado a curto, médio e longo prazo seja criado também um modelo de atendimento demonstrando aos seus clientes qual a missão dessa empresa, quais são os valores além de apresentar a visão, tudo isso para que o cliente consiga se identificar e buscar o serviço que melhor atende suas necessidades.⁵

O setor de qualidade em saúde conta com uma grande evolução que acontece ao longo dos anos com um desenvolvimento espetacular a partir da década de 70, quando as empresas prestadoras de serviço passaram a se preocupar com a melhoria nos serviços, com isso aumentou a competitividade de mercado e a busca por melhores estruturas, processos bem mais elaborados e visando sempre bons resultados, para que toda essa evolução acontecesse, foi necessária a adequação e utilização de ferramentas para mensurar e avaliar a qualidade dos serviços prestados e com isso as empresas hospitalares solicita cada vez mais o serviço de auditoria, pois o mercado exige a prestação de serviço com qualidade segurança e baixo custo.^{1,6,7}

Na implantação de um serviço de atendimento de saúde é necessário avaliar além da qualidade todo o fluxo e possíveis complicações que podem existir, por isso é tão importante a solicitação de uma equipe capacitada e treinada para implantar ferramentas que devem ser utilizadas e mensuradas com frequência, evitando perdas e consequências legais para o novo serviço.^{6,7}

A pesquisa da literatura foi realizada nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE no período de junho de 2014 à fevereiro de 2015 utilizando os seguintes descritores avaliação da qualidade dos serviços de saúde, implantação de serviços e auditoria em saúde. Como critério de inclusão foram adotados o recorte temporal delimitando o período de inclusão entre os anos de 2005 à 2015, publicações redigidas no idioma português e indexadas na íntegra e como critério de exclusão os artigos repetidos em mais de uma base de dados, selecionando-se em apenas uma e artigos anteriores ao ano de 2005, Foram encontrados 34 artigos e usados 12 e 4 livros, após leitura seletiva foi realizado uma leitura analítica com a finalidade de ordenar e sumarizar as informações contidos.

O objetivo desse estudo foi avaliar a implantação e a qualidade dos serviços de atendimento à saúde.

Qualidade nos serviços de atendimento à saúde

De acordo com o Aurélio, qualidade pode ser descrita como um grau de perfeição, de precisão, de conformidade a certo padrão, é inaceitável falar sobre qualidade sem citar Avedis Donabedian ele foi um médico pediatra radicado nos Estados Unidos e que se dedicou em pesquisar, estudos e publicações sobre qualidade em saúde. A qualidade em saúde teve surgimento desde os primeiros atendimentos hospitalares, mas com o avançar dos anos foram surgindo mais preocupações e formas diferentes de buscar e avaliar a qualidade.^{1,7}

A preocupação com a qualidade teve início na década de 30, nas áreas industriais principalmente nos estados Unidos e Japão e aos poucos foi se desenvolvendo essa implantação de qualidade na saúde, a tal ponto que, as ferramentas utilizadas para avaliar e quantificar a qualidade, foram adaptadas através das ferramentas que são usadas na indústria.^{6,7}

A qualidade pode ser classificada como atrativa, onde são determinadas pela preferência do cliente e com isso desenvolve a competitividade, há também a qualidade defensiva que o objetivo é agradar o cliente, eliminando o que não o agrada, encontra-se também a qualidade ofensiva onde são desenvolvidos produtos para satisfazer não só o cliente, mas a sociedade de maneira geral e também a qualidade essencial que visa produtos de qualidade, pontualidade de atendimento e entrega e baixo custo.⁸

Existem alguns componentes importantes que são ligados diretamente com a qualidade em saúde, são eles: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade e legitimidade, para Donabedian, não é possível falar sobre qualidade sem conhecer esses princípios e os princípios do Sistema Único de Saúde que são universalidade, integralidade e equidade.^{1,8}

- Eficácia é a ciência de cuidar e oferecer o melhor ao paciente com condições favoráveis.
- Eficiência é a maneira de oferecer cuidado ao cliente, mas visando o menor custo sem perder a qualidade.
- Efetividade é o traçado para o atendimento diário com qualidade de maneira eficaz.

- Otimização um pilar da qualidade muito bem visto, pois avalia custos e benefícios, entretanto esse custo é direcionado ao gasto relacionado com o atendimento prestado e não diretamente com o cliente que recebeu o cuidado

- Aceitabilidade é uma adaptação relacionada às expectativas dos pacientes e familiares que deve ser avaliados por eles a comodidade do tratamento, efetividade do tratamento, relação de profissionais e pacientes além da acessibilidade.

- Legitimidade é um ponto que avalia o bem estar social de todos, a atenção não deve ser direcionada especificamente, mas deve abranger o bem estar de todos.

- Universalidade assegura saúde de qualidade a todos, sem discriminação a nenhum cliente.

- Integralidade é um princípio que assegura a continuidade do atendimento ao cliente, sem redução da qualidade.

- Equidade além de oferecer o serviço com qualidade, deve haver uma atenção diferenciada a cada cliente de acordo com sua necessidade.

- De acordo com cada pilar da qualidade descrito é extremamente importante para instituição que a equipe responsável pela qualidade aplique ferramentas para avaliar cada pilar de maneira diferenciada e adote medidas para solucionar, melhorar e otimizar o serviço de atendimento.

Implantação de um serviço de saúde com qualidade

Para a implantação de um serviço de saúde de qualidade, é necessário um esforço muito considerável, pois é necessário não só investimento em materiais, mas também em qualificação humana, pois atualmente para uma ideal redução de custo com aumento constante da qualidade, é necessário investir em profissionais dispostos a entender se adaptarem ao processo, pois a não completa adaptação terá reflexo negativo nos resultados esperados.^{7,9}

Durante a implantação de um serviço de saúde é necessário pontuar alguns quesitos como o capital, o trabalhador e o cliente. O capital, também chamado de investidor principal da empresa deseja que a remuneração repassada ao trabalhador seja justa, pois com isso ocorre o aumento na produção sem perda

de qualidade nos processos. Já o trabalhador deseja que suas necessidades emocionais, de instabilidade na empresa e fisiológicas como lazer, vestuário, alimentação entre outras sejam supridas.^{9,10}

A terceira parte desse processo que é o cliente externo ou paciente como é descrito por algumas instituições de saúde, adquire, paga pelo serviço e busca além de suas necessidades momentâneas, que é a resolução de suas queixas, visa também além da eficácia e eficiência uma excelente qualidade do serviço prestado.¹¹

É possível prestar um serviço de atendimento à saúde com qualidade e comum baixo custo, como exemplo, explicaremos um processo de atendimento de um serviço envolvendo o atendimento de qualidade na unidade, profissionais bem treinados para o atendimento, a segurança e a satisfação do cliente.^{10,11}

Para realizar um processo de venoclise, que é a infusão de medicação por uma via periférica venosa, muitos materiais são usados, de qualidade e custo diferente, por isso a preocupação com.

- Qualidade Intrínseca que determina acertar rapidamente a veia do cliente, sem contaminar o material, não deixar que a fixação solte e se precisar detectar imediatamente sinais de anormalidades.
- Custo – realizar o procedimento com o menor custo possível e com a certeza de não precisar utilizar o material em duplicidade.
- Entrega – ter a certeza da punção no local correto, como material adequado para não apresentar lesões durante a infusão, evitando a apresentação de outras consequências.
- Segurança – manter a segurança do cliente, de maneira a não lesionar a pele do mesmo, não permitindo infiltração e sem contaminar o ambiente e o executor.

A preocupação com a implantação de um serviço de saúde de maneira adequada deve ser realizada descrevendo todos os processos de maneira objetiva e divulgando para os colaboradores, por isso a importância de uma equipe qualificada para realizar a implantação dos processos e manter a contínua verificação com o objetivo de melhorar os processos com qualidade.¹¹

Composição dos processos para implantação de um serviço de atendimento de saúde

Para implantar um serviço de atendimento de saúde de qualidade é necessária a atenção com muitas questões, tanto legais quanto éticas e administrativas, entre outras, por isso a importância da contratação de uma equipe de consultoria ou uma equipe interna bem preparada para o desenvolvimento, aplicação e implantação dos processos.^{11,12}

Durante o processo de implantação é extremamente importante à descrição de tudo que será realizado, como será realizado e quando deverá ser realizado. Com a parte legal é muito importante a descrição da contratação dos profissionais, a informação sobre o remanejamento quando necessário e a atualização constante das legislações de cada profissional que presta serviço, além da parte trabalhista, para que tudo o que for descrito seja exercido com qualidade e exatidão.¹²

O setor de qualidade é fundamental, pois o mesmo irá avaliar e melhorar cada processo estabelecido por ferramentas determinadas e direcionadas para a avaliação. A auditoria em conjunto com o setor de qualidade avalia desde o programa operacional padrão (POP) até os fluxogramas implantados para os atendimentos. O programa operacional padrão são instruções detalhadas descritas para alcançar a uniformidade na execução de uma função específica. Basicamente, a importância do estabelecimento de POP em um serviço de atendimento de saúde estabelece melhor preparo na condução de estudos clínicos, harmonização dos processos em pesquisa clínica no Centro de Pesquisa, treinamentos, profissionalismo, credibilidade e garantia da qualidade por meio da padronização e da rastreabilidade do processo em auditorias e inspeções.^{6,12}

Ferramentas para gerenciamento da qualidade

Através de ferramentas adaptadas para o serviço de saúde, o setor de qualidade consegue traçar metas e resolver complicações existentes além de prever possíveis problemas, a curto, médio e longo prazo. Ferramentas como:^{6,13}

- PDCA – Planejar, Executar, Avaliar e Corrigir. É uma ferramenta para planejamento estratégico da qualidade que descreve como

planejar cuidadosamente e estabelecer prioridades, definir metas e métodos, através do planejamento é possível planejar, mão de obra, materiais, equipamentos e cuidados ambientais. Inclui também a parte de treinar os colaboradores para suas funções, além de avaliar a partir de dados colhidos por meio de análises estatísticas dos resultados alcançados e por fim corrigir se necessário e aplicar mudanças necessárias.^{6,14}



Fonte: <http://www1.tce.pr.gov.br/conteudo/ciclo-pdca/235505/area/46>

- ISHIKAWA também conhecido como espinha de Peixe é uma ferramenta que deve ser usada junto com o PDCA na fase do planejamento, na ponta dessa espinha deve ser descrito o cliente ou produto com suas características mensuráveis com uma devida padronização da melhor forma de colher essas medidas que serão representadas por 6M. A matéria prima, as máquinas e equipamentos, a mão de obra, o meio ambiente, o meio e o método, sempre com o objetivo de atingir as metas propostas com qualidade.^{6,14}



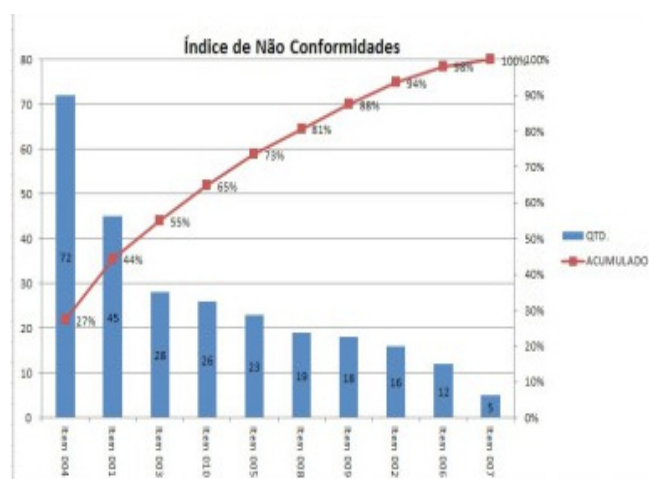
Fonte: <http://www.portal-administracao.com/2014/08/diagrama-de-ishikawa-causa-e-efeito.html>

- TABELA 5W-H é uma tabela usada durante a aplicação do PDCA e também associada ao Ishikawa, é uma ferramenta usada para organizar a rotina e descrever o que cada processo significa com as questões, O que? Onde? Por quê? Quem? Quando? e Como?. Cada pergunta fornece uma forma de rastreamento e aplicabilidade das demais ferramentas.¹⁵

Checklist 5W1H para Mapeamento de Processos	
Who Quem Responsabilidades	Quem define / planeja / participa das decisões ? Quem são os clientes / usuários / beneficiários ? Quem gerencia ? Quem executa / recebe / fornece ?
What Qual Etapas / Atividades / Tarefas	Quais as entradas ? Quais as atividades / operações ? Quais as saídas ? Quais as metas e indicadores ?
When Quando Cronologia / Tempo	Quando é planejado ? Quando é executado ? Quando é suspenso / cancelado / reativado ? Quando é avaliado ?
Where Onde Localização	Onde é planejado ? Onde é executado ? Onde é suspenso / cancelado / reativado ? Onde é avaliado ?
Why Por que Justificativa	Por que é executado ? Por que existem condições em que não pode ser executado ? Por que deve ser avaliado ? Por que o processo é considerado estratégico / tático / operacional ?
How Como Método	Como é executado ? Como é avaliado ? Como as informações são recebidas / registradas / enviadas ? Como os envolvidos devem ser notificados / treinados ?

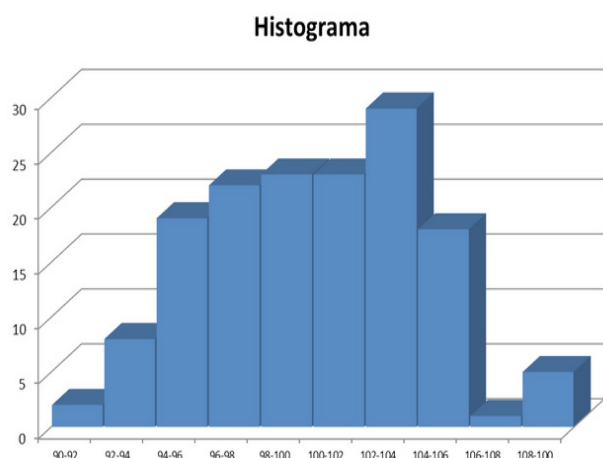
Fonte: http://www.processoshospitales.net.br/index_arquivos/processos_13.htm

- DIAGRAMA DE PARETO foi desenvolvido por Vilfredo Pareto um economista italiano, apresentando como princípio uma técnica para auxiliar na tomada de decisões quando o número de problemas é maior que o esperado, a análise do diagrama de Pareto é utilizada para definir prioridades e assim corrigir da melhor maneira, o diagrama é representado por uma curva A que são problemas com maior prioridade e representam 20% do total o B são problemas intermediários e representam 30 % do total já o C representa uma menor importância e corresponde a 50% do total.¹⁵



Fonte: <https://somentequalidade.wordpress.com>

- HISTOGRAMAS são ferramentas de análises e representações de dados quantitativos que são levantados de acordo com o histórico da unidade de atendimento, através desses dados é possível traçar e estabelecer novas metas.¹⁵



Fonte: <https://www.google.com.br>

- MATRIZ DE GUT é uma ferramenta muito utilizada por grandes gestores, foi desenvolvida por Kepner e Tregoe e é composta por três etapas, a primeira etapa o gestor deve listar todos os problemas relacionados as atividades que serão avaliadas, na segunda etapa será atribuída uma pontuação de acordo com os critérios adotados e a terceira etapa irá definir a gravidade, a urgência e a tendência para cada ponto citado na matriz.^{8,15}

Pontos	Gravidade	Urgência	Tendência
5	Os prejuízos ou dificuldades são extremamente graves	É necessária uma ação imediata	Se nada for feito, o agravamento será imediato
4	Muito graves	Com alguma urgência	Vai piorar a curto prazo
3	Graves	O mais cedo possível	Vai piorar a médio prazo
2	Pouco graves	Pode esperar um pouco	Vai piorar a longo prazo
1	Sem gravidade	Não tem Pressa	Não vai piorar ou pode até melhorar

Fonte: <http://www.portal-administracao.com/2014/01/matriz-gut-conceito-e-aplicacao.html>

Um Gestor da qualidade que aplica algumas dessas ferramentas acima, para a avaliação de seu serviço prestado, consegue com mais praticidade e exatidão a identificação e solução de problemas.¹⁶

CONCLUSÃO

Para a implantação de um sistema de saúde de qualidade, é necessário que uma boa equipe lidere, acompanhe e sugira mudanças quando necessário, pois para o projeto dar certo é necessário além de boa vontade, muita eficiência, conhecimento e implantação de ferramentas para verificar e quantificar a consistência da qualidade do serviço que esta sendo prestado. O investimento para a contratação de uma equipe de consultoria é fundamental para que todos os pontos sejam avaliados, caso a instituição não possua uma equipe interna, para que, quando necessário indique mudanças, assim evitando e corrigindo falhas, as equipes optam pela aplicação de ferramentas que cada vez mais chegam próximo do esperado, ferramentas que contribuem significativamente para a melhoria continuam dos processos. Após levantamento de dados constatamos que um serviço de qualidade reduz os custos para a instituição, sendo que a auditoria de qualidade deve ser contínua e de maneira muito abrangente.

REFERÊNCIAS

1. D'innocenzo M, Adami NP, Cunha IC. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;1(59):84-8.
2. Mallet AL. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. Rev SOCERJ. 2005;18(5):449-56.
3. Camelo SH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. Rev Eletrônica Enferm. 2009; 4(11):1018-25.
4. Motta AL. Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento. 5 ed. São Paulo: Iátria; 2010. 168 p.
5. Paim CR, Zucchi P. Auditoria de avaliação dos serviços de saúde no processo de credenciamento. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;16(supl.1):1163-71.
6. Couto RC, Pedrosa TM. Hospital - Acreditação e gestão em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 360 p.

7. Cerchiari GS, Erdmann RH. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. *Rev Adm Pública* (Online). 2008;5(42):925-48.
8. Moimaz AS, Ayach C, Garbin CA, Saliba O. Auditoria em saúde: justificativas de glosas no setor odontológico. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2012; 2(30):112-16.
9. Claudino HG, Gouveia EM, Santos SR, Lopes ME. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm UERJ*. 2013; 21(3):397-402.
10. Ferreira TS, Braga AL. Auditoria em enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Aquichán*. 2009;9(1):38-49.
11. Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 344 p.
12. Pinto kA, Melo CM. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):671-8.
13. Remor LC. Auditoria do SUS em Santa Catarina. *Rev Saúde Públ, Florianópolis*. 2008;1(1):71-83.
14. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*. 2004; 11(4):210-4.
15. Santos FC, Aleluia ÍR, Santos IN, Moura LG, Carvalho MA. Participação do fisioterapeuta na equipe multiprofissional de auditoria em saúde. *RAS, Rev Adm Saúde*. 2011; 13(51):95-102.
16. Kurcgant P (Coord.), Tronchin DM, Fugulin FM, Peres HH, Massarollo MC, Fernandes MF, et al. *Gerenciamento em enfermagem*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 196 p.

Karine Andrade Oliveira¹, Diego Zanotti Salarini¹

Síndrome serotoninérgica

Serotonin syndrome

Revisão

RESUMO

1. Serviço de Neurologia Clínica do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Trata-se de trabalho acadêmico do tipo revisão bibliográfica, com o tema "Síndrome serotoninérgica". Dado o aumento exponencial do emprego de medicações agonistas serotoninérgicas na prática clínica, esta é uma reação adversa medicamentosa potencialmente fatal de importância crescente. O objetivo traçado foi reunir as informações clássicas e atuais acerca desta complicação, com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Para tal, foram feitas buscas nos banco de dados eletrônicos Pubmed, SciELO e Bireme, utilizando os termos "serotonin syndrome", "serotonin toxicity", "serotonin uptake inhibitor", em inglês, espanhol e português, e consultadas revisões nos portais médicos Medscape e UpToDate. Foram priorizadas, as informações publicadas em revisões, e nos últimos 10 anos (de 2005 a 2015), porém foram consultados artigos clássicos também.

Descritores: Síndrome serotoninérgica; Intoxicação serotoninérgica, Inibidores de recaptção de serotonina; Intoxicação medicamentosa

ABSTRACT

This article is a literature review on Serotonin Syndrome. Given the exponential increase use of serotonin uptake inhibitors in clinical practice, this is a potentially life-threatening adverse reaction of crescent importance. The objective of this review was to incorporate classical publications with up to date data, focusing on pathophysiology, diagnosis and treatment of the syndrome. Search has been done in following electronic databases: Pubmed, SciELO and Bireme, using the terms "serotonin syndrome", "serotonin toxicity", "serotonin uptake inhibitor", in English and equivalent terms in Spanish and Portuguese. Reviews published in medical webpages "Medscape.com" and "UpToDate.com" were consulted. Literature reviews have been prioritized over multiple or single-case study publications, and information from the last 10 years (from 2005 to 2015) were considered more relevant, although classical articles have been cited as well.

Keywords: Serotonin syndrome; Serotonin toxicity; Serotonin uptake inhibitors; Medication toxicity

Data de submissão: 08/07/2016
Data de aceite: 20/10/2016

Correspondência

Karine Andrade Oliveira
Serviço de Neurologia Clínica do,
Hospital do Servidor Público Estadual
"Francisco Morato de Oliveira", HSPE-
FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo 1800,
12º andar - Vila Clementino - CEP
04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: karine.ao@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Neurologia Clínica do, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Síndrome serotoninérgica é uma reação adversa e potencialmente fatal, resultante do uso terapêutico, intencional, acidental ou interação entre medicamentos, ocasionando excesso de agonismo serotoninérgico no sistema nervoso central e periférico. O espectro de manifestações é bastante amplo conforme a gravidade da apresentação clínica, mas afortunadamente, esta condição é capaz de ser prevenida.^{1,2}

A síndrome serotoninérgica foi descrita pela primeira vez em 1960, por Oats & Sjoerdsma em ensaio com medicações inibidoras da monoaminoxidase (IMAO) e L-triptofano. É caracterizada principalmente pela tríade: alteração do nível de consciência, hiperatividade autonômica e alterações neuromusculares. Nem todos os achados estão presentes nos pacientes. Alguns sinais clínicos variam de tremores, diarreia, hipertensão e delirium até coma, rigidez muscular e hipertermia. A dificuldade de identificação dos sinais clínicos mais sutis, podem levar a conduta errônea, como o aumento da dose do agente causal ou adição de agonista serotoninérgico inadvertidamente, agravando dramaticamente o quadro clínico.

Apesar de existir uma dificuldade em diagnosticar, notificar e enumerar os casos de síndrome serotoninérgica, dado o espectro amplo de manifestações inespecíficas na forma leve, observou-se aumento significativo de casos atribuíveis ao lançamento de novas drogas, maior acessibilidade a estas e aumento do conhecimento da síndrome.^{1,3,4}

Devido ao risco de letalidade desta síndrome e crescente disponibilidade e prevalência do uso de drogas agonistas serotoninérgicas, é imprescindível o conhecimento e identificação precoce da sua ocorrência por profissionais da saúde das

diversas especialidades clínicas e áreas de atuação.¹

Epidemiologia

A síndrome serotoninérgica já foi descrita na literatura em pacientes desde 9 até 82 anos, sem predileção por gênero. Dentre os usuários de inibidores de recaptação de serotonina seletivos (IRSS), aproximadamente 15% daqueles que utilizam dose acima da recomendada desenvolvem sintomas associados a síndrome, de acordo com bancos de dados toxicológicos.^{5,6}

Em publicação da Associação Americana de Centros de Controle de Intoxicação do ano de 2013, mostrou-se que o uso de IRSS esteve presente em 2,2% (47.336 casos) de todas as intoxicações reportadas. Destes, 32% tiveram sintomas autolimitados, 17% sintomas moderados necessitando observação, 1% graves e 0,05% foi a óbito. Dentre os casos identificáveis naquele ano, 41% das exposições ocorreram em pessoas com 20 anos ou mais, 51% foi acidental, e 4% foi decorrente do uso terapêutico da medicação. Esta publicação registrou que das 2113 mortes por intoxicações nos Estados Unidos, o uso de IRSS esteve presente em 92 casos, com 6 fatalidades atribuíveis apenas a esta classe de medicações.^{7,8}

No Brasil, os dados epidemiológicos sobre uso de medicações agonistas serotoninérgicas e intoxicações são escassos. Marcolin et al. identificou num serviço ambulatorial de saúde mental, dentre 184 pacientes, uma prevalência de 41,3% de uso de 3 ou mais medicações (polifarmácia), sendo que o uso dos opióides codeína e tramadol figuraram entre as 10 medicações mais utilizadas concomitantemente a antidepressivos. Dentre os antidepressivos mais utilizados estavam IRSS, Inibidores de recap-

tação de serotonina não seletivos (IRSN) e Tricíclicos.⁹

Fisiopatologia e mecanismos moleculares

Serotonina ou 5-hidroxi-triptamina (5-HT) é uma monoamina produzida da descarboxilação e hidroxilação do aminoácido L-Triptofano. Sua quantidade na fenda sináptica e seu equilíbrio dinâmico se dá através de mecanismos de recaptção, alças de retroalimentação e enzimas que a metabolizam (Figura 1). Os receptores de serotonina estão divididos em 7 famílias de 5-HT (5-HT₁ à 5-HT₇) as quais ainda tem múltiplos membros. A diversidade operacional e estrutural para além destes subtipos é manifestada devido a polimorfismos alélicos, variantes de splicing, isoformas distintas e formação de heterodímeros dos receptores.

Os receptores 5HT, são complexos acoplados a proteínas G transmembrana, exceto o 5HT₃, que se comporta como um canal de Sódio - Potássio voltagem dependente. Diversos tipos de receptores tem funções interdependentes e muitas vezes semelhantes, entretanto, de uma maneira simplificada, os receptores 5HT-1 possuem função inibitória do sistema nervoso central (SNC), por meio do decréscimo de adenosina monofosfato cíclico (AMPC) intracelular, e os 5HT-2 e 5HT-3 função excitatória por meio de aumento do fosfoinositol intracelular e despolarização de membrana, respectivamente; e por diversos mecanismos deflagrados ocorre modulação de outros sistemas monoaminérgicos.^{10,11}

Em camundongos foi observada reação de Straub, que consiste na dorsiflexão rígida com extensão da cauda, formando um ângulo agudo em sua base, e esta reação foi relacionada ao estímulo específico do receptor 5-HT_{1A}.¹²

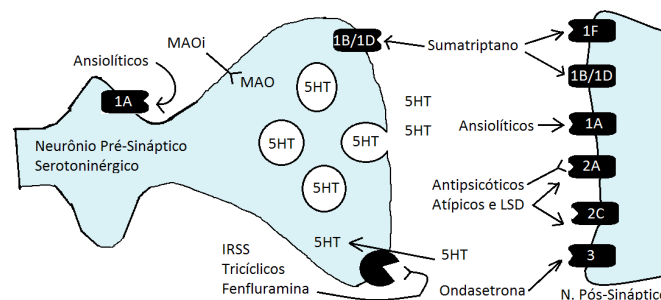


Figura 1: Fisiologia da serotonina na fenda sináptica e interações com receptores 5HT

Abreviaturas: MAOi - inibidor da Monoaminoxidase, MAO - Monoaminoxidase, IRSS - Inibidores da recaptção da serotonina específicos, 5HT - Serotonina, LSD - Dietilamida do Ácido Lisérgico. (Adaptado de ISBISTER et. al., 2007, p. 362.)

Os neurônios serotoninérgicos no sistema nervoso central são encontrados principalmente nos núcleos da rafe mediana, que vai do mesencéfalo ao bulbo e enviam projeções para os gânglios da base, córtex frontal, sistema límbico e diencefalo. A porção rostral deste complexo contribui para a fisiologia do sono - vigília, comportamento afetivo, atenção, humor, ingesta alimentar e vômitos, termorregulação, comportamento sexual e para a fisiopatologia da enxaqueca. A porção caudal se relaciona a regulação de nocicepção e tônus motor. No sistema nervoso periférico, a serotonina também é liberada pelas células enterocromafins intestinais, regula a motilidade intestinal, o tônus e permeabilidade vascular.^{12,13}

Apesar dos valores normais de concentração de 5-HT extracelulares no cérebro humano serem desconhecidos, em estudos pré-clínicos em ratos demonstrouse que a concentração líquórica de 5-HT é constante em níveis nanomolares a subnanomolares. Uma pequena elevação extracelular de 5-HT pode ser terapêutica para transtornos mentais, como a depressão, por exemplo, no entanto a liberação excessiva de 5-HT pode ser maléfica. Dados experimentais sugerem que sintomas como

tremores e mioclonias surgem quando a concentração atinge cerca de 10 vezes os valores considerados normais. Ainda o surgimento dos sintomas está sujeito a sustentação destes valores elevados por um determinado tempo, o que habitualmente não ocorre com o estímulo fugaz através de anfetaminas. Outro aspecto relevante é que ao contrário de outras doenças, a síndrome serotoninérgica é iatrogênica e não ocorre naturalmente.¹⁴

Poucos dos tipos de receptores foram relacionados a síndrome serotoninérgica; notadamente sendo o estímulo ao receptor 5-HT_{2A} causador de espasmos cervicais e mediador da hipertermia, sintoma associado a casos mais graves e alta mortalidade. Esta é uma das justificativas para o emprego da ciproheptadina, um conhecido antagonista deste receptor, no tratamento das formas graves da síndrome.

Também destaca-se a importância do receptor 5-HT_{1A}, já que a síndrome pode ser induzida com uso concorrente de triptanos e inibidores de recaptação de serotonina. A estimulação específica deste receptor em ratos induz a um comportamento associado a síndrome serotoninérgica: deambular para trás, mover-se com o corpo em contato com o solo, oscilações cefálicas laterais, posturas anormais com arqueamento dorsal, abdução de membros, tremores e hipertermia.¹²

Uma infinidade de classes de medicações é capaz de provocar a Síndrome Serotoninérgica, notadamente: Inibidores da Monoamina-oxidase (IMAOs), Antidepressivos Tricíclicos, Inibidores de Recaptação Serotonina Seletivos (IRSS) e Inibidores de recaptação de Serotonina e Adrenalina, opióides, antitussígenos, antibióticos, agentes redutores do peso, antieméticos, antimigranosos, drogas

ilícitas e produtos fitoterápicos, bem como abstinência de medicações (Tabela 1). A lista de medicações aumenta a cada dia. Por exemplo, foram descritos 17 casos de casos de síndrome serotoninérgica associada a uso do antimicrobiano Linezolida (que tem efeito inibitório da monoaminoxidase) desde que a Food and Drug Administration (FDA) aprovou o seu uso.^{15,16}

Tabela 1: Algumas medicações associadas a síndrome serotoninérgica

Antidepressivos	Analgésicos	Antimigranosos
IRSS:	Tramadol	Carbamazepina
Fluoxetina	Meperidina	Ácido valpróico
Sertralina	Metadona	Ergotâmicos
Paroxetina	Dextrometorfano	Sumatriptano
Citalopram	Dextropropoxifeno	
Escitalopran	Pentazocina	Antimicrobianos
Fluvoxamina	Fentanyl	Isoniazida
IRSN:	Ciclobenzaprina	Linezolida
Venlafaxina		
Duloxetine	Estabilizadores do humor	Fitoterápicos
Mirtazapina	Lítio	Erva de São João (hypericum perforatum)
Tricíclicos		Ginseng (panax ginseng)
Amitriptilina	Derivados anfetamínicos e ilícitos	
Nortriptilina	Metanfetamina	Antineoplásico
Imipramina	Sibutramina	Procabazina
Clomipramina	LSD	
Desipramina	Ecstasy	Agonistas dopaminérgicos
Doxepin	Cocaína	Bromocriptina
Protriptilina		
IRN		
Trazodona		
Nefazodona		
IMAO	Antieméticos	
Selegilina	Metoclopramida	
Tranycypromine	Ondasetrona	
Phenelzine	Ansifólicos	
	Buspirona	

Os IRSS são metabolizados no fígado pelo sistema de enzimas microsossomais do citocromo P-450. São altamente ligados a proteínas plasmáticas e tem amplo volume de distribuição nos tecidos. O pico plasmático é atingido após 2 a 10h da ingestão. As meia-vidas variam de acordo com cada droga, porém a maioria está em torno de 20 a 24h. Notavelmente, a fluoxetina tem uma meia vida de 2 a 4 dias e o seu metabólito ativo, a norfluoxetina, chega a 15 dias.^{8,17}

A maioria dos casos da síndrome acontece nas primeiras 24h do acréscimo de medicação ou aumento de dose, sendo 60% nas primeiras 6h após estes eventos. Existe relato do uso de apenas uma droga ou mesmo uma dose terapêutica de medicação ter causado a síndrome. A adição de medicamentos que inibem isoformas do citocromo CYP2D6 e CYP3A4, também foi associada a síndrome; e o uso concomitante de IMAOs, analisado como variável independente, esteve associado a maior gravidade dos casos.^{15, 18-20}

Existe evidência também de que o uso de bupiriona com inibidor de recaptação de serotonina concorre para surgimento da síndrome. Algumas medicações psicoativas que serão lançadas no mercado possuem atividade agonista 5-HT1A e é esperado que haja surgimento de novos casos associados. A vilazodone, por exemplo, exerce atividade de inibição de recaptação de serotonina e agonista 5-HT1A, sendo um efeito adverso potencial a síndrome serotoninérgica fatal. O aripiprazol, um neuroléptico atípico com ação agonista parcial D2 (dopaminérgica) e 5-HT1A, e antagonista 5-HT2A já foi associado a ocorrência desta síndrome.^{1,12}

Existe associação da hiperativação do sistema noradrenérgico na síndrome serotoninérgica, inclusive já foi correlacionada a concentração de noradrenalina no sistema nervoso central com maior gravidade e pior prognóstico. Outros sistemas monoaminérgicos (a exemplo do N-metil-D-aspartato (NMDA) e Ácido gama-aminobutírico - GABA) podem ter participação menos proeminente na fisiopatologia da síndrome serotoninérgica, ainda de maneira incerta. Receptores dopaminérgicos foram também associados, mas este efeito parece resultar de estimulação direta de serotonina ou diagnóstico equivocado de síndrome neuroléptica maligna.¹

Quadro clínico

Na instalação do quadro clínico e na síndrome serotoninérgica leve, pacientes podem ter taquicardia na ausência de febre, com manifestações adrenérgicas evidentes, a exemplo de sudorese, calafrios e midríase. No exame neurológico observa-se tremor intermitente, mioclonias e hiperreflexia.

A instalação dos sintomas é precoce, no entanto, pacientes com manifestações leves podem ter uma forma crônica da síndrome; e eventualmente, ao se considerar o objetivo terapêutico de remissão de sintomas depressivos, por exemplo, estes sintomas podem ser tolerados.^{1,13}

Quando a síndrome passa a ser moderada, podem ser notados, além das alterações já mencionadas, temperaturas centrais frequentemente maiores que 40°C, midríase, aumento do peristaltismo e sudorese profusa sem ruborização. Além da hiperreflexia, surge um clônus mais evidente nos membros inferiores, sendo os reflexos policinéticos, com a excursão do reflexo patelar durando vários segundos ao passo que o reflexo braquirradial encontra-se levemente aumentado. Surgem nistagmo horizontal e agitação psicomotora, com fala acelerada, hipervigilância e comportamentos estereotipados de rotação cefálica repetitiva com o pescoço estendido.¹³

Na síndrome serotoninérgica grave, a taquicardia passa a instabilizar hemodinamicamente o paciente, que apresenta-se hipertenso grave ou com choque cardiogênico. Os pacientes têm delírium, agitação, hipertonia e rigidez muscular (notadamente nos membros inferiores), crises convulsivas, insuficiência renal, coagulação intravascular disseminada, síndrome da angústia respiratória aguda e atingem temperaturas centrais maiores que 41°C em casos potencialmente fatais. Apresen-

tam então as seguintes alterações laboratoriais: acidose metabólica por consumo do bicarbonato sérico, rabdomiólise, elevação das transaminases e creatinina, e coagulopatias. Muitas destas são resultado de um controle ineficaz da hipertermia.^{1,13}

Na revisão clássica de Dunkley et. al em 2003, foram incluídos 2222 casos de intoxicação medicamentosa de uma base de dados toxicológicos, os quais foram comparados com o padrão ouro, ou seja o diagnóstico realizado por um médico toxicologista. Os achados clínicos que tiveram associação com significância estatística foram primariamente os sinais neuromusculares. Os sinais de disautonomia associados foram: midríase, sudorese e aumento do peristaltismo e as alterações do estado mental foram delirium e agitação psicomotora. Febre (considerada na revisão como temperatura axilar maior do que 38°C) não foi fortemente associada ao diagnóstico, mas ocorreu mais frequentemente em pacientes mais graves.²¹

Diagnóstico

O diagnóstico deve ser suspeitado com base em dados clínicos de anamnese (uso de medicações ou substâncias) e exame físico detalhado, sendo realizado baseado num alto grau de suspeição clínica, reforçada pelos achados de tremor, clônus, acatisia sem sinais extrapiramidais adicionais. Não existe teste laboratorial confirmatório da síndrome serotoninérgica. A evolução dos sintomas ao longo do tempo também deve ser registrada.¹

Apesar de serem dignos de menção pelo pioneirismo, os critérios diagnósticos de Sternbach caíram em desuso devido inespecificidade, falta de validação clínica e interposição de sintomas com outras síndromes clínicas, podendo levar facilmente a um falso positivo. Um exemplo de falso po-

sitivo se dá no caso de intoxicação por olanzapina.^{6,22}

Radomski et. al. revisitaram os critérios e dividiram didaticamente em menores e maiores considerando a frequência de apresentação clínica na síndrome serotoninérgica (Tabela 2), e com isso sugeriram a classificação dos pacientes em: sintomas brandos relacionados a serotonina, síndrome serotoninérgica (forma completa) e estado tóxico serotoninérgico. A frequência de apresentação dos sintomas correlacionou-se a aquela escala em estudos posteriores.^{23,24}

Dunkley et. al. propuseram novos critérios em 2003, chamando-os de "Critérios de Toxicidade Serotoninérgica de Hunter" e estes foram adaptados para um algoritmo por Boyer e Shannon em 2005 (Figura 2) tendo um aumento da sensibilidade de 75% para 84% e de especificidade de 96% para 97%. Clônus induzível ao exame físico (clônus ao exame, ou clônus à pesquisa), espontâneo ou ocular é o sinal clínico mais importante para auxiliar o diagnóstico. Também, é importante relacionar que hipertonia e hipertermia são sinais de doença avançada e de alta letalidade.^{1,21}

Apesar do diagnóstico eminentemente clínico, Ma et al. recentemente estudou o uso do registro eletroencefalográfico (EEG) em modelos animais com síndrome serotoninérgica induzida por medicamentos, e verificou na apresentação da síndrome, ocorrência de leve redução das amplitudes no EEG, e na síndrome grave alguma atividade epileptiforme (principalmente na faixa delta 0,5-4Hz) correlacionada com aumentos dos tremores observáveis. Naquele estudo a síndrome serotoninérgica foi confirmada por microdiálise cerebral, com aumento do efluxo de 5-hidroxitriptofano no dialisato, e de 5-HT livre no plasma dos ratos e o estudo

sugeriu que o emprego deste método complementar pode auxiliar o diagnóstico. Já estudos anteriores, descritivos do uso do EEG em pacientes com síndrome serotoninérgica citam ocorrência de lentificação difusa, atividade da faixa delta, ponta-onda, poli-espículas e até atividade de onda trifásica.^{14, 25}

Tabela 2: Critérios de Radomski para síndrome serotoninérgica

Critérios maiores	Critérios menores
Alteração do estado mental	Hiperatividade
Confusão	Agitação
Coma	Insônia
Disautonomia	Taquicardia
Hipertermia	Taquipnéia
Sudorese	Dispnéia
Neuromuscular	Hipotensão ou hipertensão arterial
Mioclonia e hipertonía	Diarreia
Hiperreflexia	Incoordenação
Tremor	Midríase
	Acatisia
	Ataxia

* Há confirmação da síndrome serotoninérgica se houverem 4 critérios maiores ou 3 maiores e 2 menores (adaptado de Radomski et. al., 1999)

Deve ser incluída na suspeita diagnóstica diferencial da síndrome serotoninérgica: intoxicação por anticolinérgicos e síndrome da hipertermia neuroléptica maligna, que podem ser distinguidas pela história de uso destas medicações (Tabela 3). Quando a história for indisponível, é digno de nota que a síndrome anticolinérgica apresenta-se com reflexos tendinosos profundos normoativos, e como síndrome toxicológica com midríase, delirium agitado, mucosas secas, pele eritematosa e seca, retenção urinária e constipação.

Hipertermia Maligna é um transtorno condicionado geneticamente e induzido por

exposição a gases anestésicos, caracterizado por aumento nas concentrações de gás carbônico expiratórios, hipertonía, hipertermia e acidose metabólica. Ao exame físico a pele apresenta livedo reticularis, com cianose entremeada a áreas de pele ruborizada. O tônus é tão rígido que se assemelha ao rigor mortis e os reflexos são hipoativos, o que contribui de sobremaneira para sua identificação.

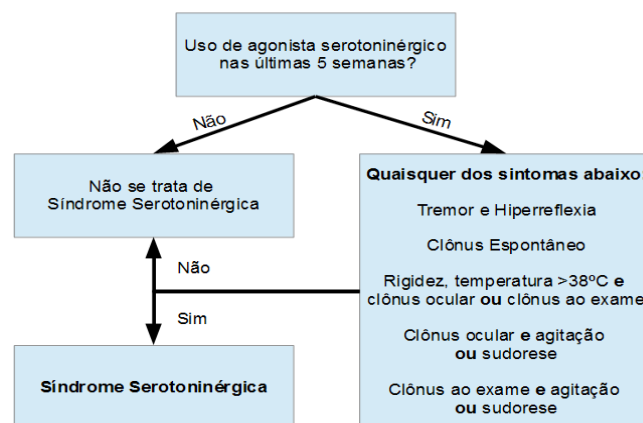


Figura 2: Algoritmo diagnóstico adaptado dos critérios de toxicidade serotoninérgica de Hunter (adaptado de Boyer et al 2005; p.1117)

Ainda dentre as reações adversas a medicações, a síndrome neuroléptica maligna (SNM) é uma reação idiopática a agonistas dopaminérgicos, com apresentação clínica lenta e progressiva de sinais extrapiramidais: bradicinesia e rigidez em “cano de chumbo”; hipertermia, alterações no nível de consciência e instabilidade autonômica. Sua evolução se dá geralmente em alguns dias, em contraste com a síndrome serotoninérgica, que além disto se apresenta por sua vez com hipercinesia.^{1, 4}

Outras condições clínicas que podem apresentar quadro clínico semelhante são: meningites, meningoencefalites e intoxicação por paracetamol. Sugere-se que a avaliação laboratorial inicial inclua: Hemograma, eletrólitos, função renal, hepática, estudos da coagulação, creatinofosfoquinase, he-

nocultura, análise de urina e urocultura, radiografia de tórax, tomografia computadorizada de crânio e análise do líquido cefalorraquidiano. Em pacientes com ingesta intencional, deve-se complementar o protocolo de acordo com diretrizes amplas para intoxicação, com eletrocardiograma (ECG) e dosagem do nível sérico de paracetamol e salicilatos. Deve ser lembrado que os antidepressivos tricíclicos podem prolongar o intervalo QT no ECG de maneira fatal.¹⁴

Tabela 3: Principais diagnósticos diferenciais da síndrome serotoninérgica

Diagnóstico	Etiologia/ Anamnese	Sinais vitais	Exame físico
Síndrome anticolinérgica	Uso de antidepressivos tricíclicos ou anticolinérgicos	Taquicardia, taquipneia e hipertermia (geralmente < 39 °C)	Boca seca, visão turva, midríase, pele ruborizada, delírium agitado, constipação
Hipertermia maligna	Administração de gases anestésicos halogenados ou relaxantes musculares despolarizantes	Hipertensão, taquicardia, taquipneia, hipertermia (até 46°C)	Sudorese, livedo reticulais, agitação, constipação, rigidez muscular, hiporreflexia
Síndrome neuroléptica maligna	Uso de antipsicóticos	Hipertensão, taquicardia, taquipneia, hipertermia (> 41 °C)	Sialorréia, sudorese, palidez, estupor/coma, rigidez em cano de cumbo, bradirreflexia

Crises epiléticas não convulsivas podem se apresentar como estados confusionais com manifestações disautonômicas, hiperreflexia, e podem ser induzidas por medicações, tanto no acréscimo (por exemplo fenotiazinas) quanto na abstinência (comumente de benzodiazepínicos). Algumas drogas serotoninérgicas podem causar status epilepticus e encefalopatias correlatas. O EEG com atividade epileptiforme fecha o diagnóstico e a terapia com benzodiazepínicos tem boa resposta.

A abstinência de baclofeno aguda (geralmente por falha de bomba de infusão intratecal), é potencialmente letal e se apresenta com elevação de temperatura, instabilidade autonômica e rigidez muscular. Apesar de apresentar-se de maneira clínica indistinta, o contexto clínico chama a atenção para este diagnóstico. Esta entidade rara, de maneira interessante, responde a antagonistas serotoninérgicos, além da restituição do fluxo do baclofeno.⁶

Na doença de Parkinson, na qual os pacientes estão mais propensos a apresentar transtornos depressivos e ansiosos, o uso de IRSS com iMAOs pode ocorrer de maneira cautelosa. Ainda assim, quando apresentam alteração do estado mental, febre e tremores podem facilmente ter o diagnóstico confundido com uma síndrome infecciosa e atrasar o início de medidas eficazes.^{27,28}

Uma vez realizado o diagnóstico, o paciente deve ser classificado de acordo com a gravidade do quadro clínico, para melhor manejo e antecipação de sintomas de deterioração clínica (Tabelas 2 e 4). A maioria das apresentações graves está associada a interação de duas drogas.^{6,24,29}

Tratamento

As medidas sugeridas neste trabalho se baseiam na opinião de especialistas, principalmente toxicologistas, que estudaram séries de casos em bancos de dados epidemiológicos e traduzem o que existe de mais atualizado para o manejo clínico da síndrome.

O tratamento baseia-se na suspensão da medicação precipitante, medidas de suporte clínico, controle de agitação psicomotora, administração de antagonistas serotoninérgicos e controle da instabilidade autonômica, principalmente da temperatura (Tabela 4). Muitos casos têm resolução nas primeiras 24h de instituição da terapia adequada, porém em

paciente com uso crônico das medicações agonistas serotoninérgicas, metabolismo ineficiente ou que usam drogas de longas meias vidas, os sintomas podem persistir por mais tempo.^{1, 17}

Na chegada a sala de emergência, o paciente deve ser avaliado quanto a necessidade de suporte ventilatório ou circulatório (Airway, breathing and circulation - ABC's) ao mesmo tempo em que se realiza formulação diagnóstica. Deve ser iniciado resfriamento com medidas mecânicas, se houver hipertermia. O suporte clínico quanto a estas necessidades deve preceder o tratamento específico. Já na intubação de um paciente apresentando rigidez ou hipertermia no primeiro atendimento, devem ser utilizados paralisantes musculares.⁶

O suporte com correção de volemia e de sinais vitais também é decisivo na recuperação do paciente. A gravidade do paciente determina a intensidade do tratamento: em casos leves, na ausência de febre, a suspensão de medicação, reposição volêmica e benzodiazepínicos são frequentemente suficientes para controle clínico eficaz. Mesmo que o médico esteja em dúvida quanto ao diagnóstico, suspender o agonista serotoninérgico num cenário de emergência é uma medida razoável. Pacientes com sintomas moderados devem ter a temperatura e sinais vitais agressivamente corrigidos, e podem ter algum benefício com uso de antagonistas dopaminérgicos. Pacientes com hipertermia importante (temperaturas acima de 41,1°C), devem receber, além disto, sedação acompanhada de paralisante muscular e intubação orotraqueal com ventilação mecânica controlada.

Independente da gravidade da apresentação, o controle da agitação com benzodiazepínicos é importante, fato demonstrado pela melhora a sobrevivência em modelos animais, e tem papel na

interrupção do componente adrenérgico da síndrome. O paciente deve ser mantido em sedação leve, vigil e cooperativo. Deve ser evitado o emprego de antipsicóticos, já que prejudicam a dissipação de calor. A contenção física do paciente deve ser rapidamente substituída por sedação, já que a primeira pode aumentar a mortalidade na medida em que contrações musculares isométricas intensas favorecem acidose láctica e hipertermia. É aconselhável manter os sinais vitais estáveis, com a saturação de oxigênio acima de 94%.¹³

Carvão ativado pode ser utilizado caso tenha ocorrido ingestão intencional de grandes quantidades de medicação serotoninérgica, contanto que o evento tenha ocorrido até uma hora antes do atendimento. Hemodiálise geralmente não é uma medida eficaz para intoxicação com IRSS, porém na intoxicação com outros fármacos pode ser empregada. Dagtekin et. al. relataram um caso de síndrome serotoninérgica causada por Venlafaxina, Diazepam e Lamotrigina em que a terapia lipídica (infusão de 150 ml de emulsão lipídica a 20%), após hemodiálise, foi bem sucedida. Este resultado foi atribuído a um mecanismo de captura das drogas lipofílicas num compartimento lipídico intravascular (fenômeno "Lipid Sink").^{6, 29}

A terapia farmacológica específica consiste na administração de antagonistas do receptor 5HT-2A. Ciproheptadina, um anti-histamínico com ação antiserotoninérgica e anticolinérgica, pode ser administrado na dose de 12 mg iniciais e depois 2mg de 2 em 2 horas até 32 mg em 24h, em teoria assim, inativando por saturação de 85-95% dos receptores serotoninérgicos. Sua eficácia, no entanto, não foi rigorosamente estabelecida. Está disponível na forma de comprimidos por via oral, podendo ser macerado e administrado por sonda nasoentérica.^{6, 13, 30}

Tabela 4: Gravidade e medidas terapêuticas para síndrome serotoninérgica

Sintomas	Medidas terapêuticas	Tratamento específico	Outras medidas
Síndrome serotoninérgica leve:			
Náuseas e vômitos Tremor e mioclonias Ansiedade Sudorese Midríase Taquicardia	Suspensão da medicação agonista serotoninérgica	Não há recomendação	Observação clínica por pelo menos 6h (até 48h)
Síndrome serotoninérgica moderada:			
Agitação psicomotora Rigidez muscular Clônus (espontâneo ou induzível) Nistagmo Hiperreflexia	Hidratação venosa	Controle da hipertemia Ciproheptadina (12mg + 2 mg de 2/2h até 32mg em 24h, via oral ou sonda nasoentérica)	Sonda nasogástrica e carvão ativado Observação clínica até 24h da remissão dos sintomas
Síndrome serotoninérgica grave:			
Hipertemia (Tc41°C) Hipertensão ou hipotensão arterial Crises convulsivas Insuficiência respiratória Rabdomiólise Insuficiência renal	Monitorização de temperatura e sinais vitais	Além do tratamento sugerido acima: Intubação orotraqueal com paralisante muscular (vecurônio) Drogas vasoativas: Noradrenalina, adrenalina ou fenilefrina	Unidade de Terapia Intensiva

*Estes achados são os mais específicos para identificação da síndrome e raramente estão presentes em outras intoxicações ou condições clínicas. Abreviaturas: Tc - Temperatura central. (Adaptado de BOYER et. al., 2014 e COOPER & SEJNOWSKI, 2013, p.19)

Antipsicóticos atípicos com alguma ação antiserotoninérgica não devem ser utilizados rotineiramente, a exemplo da Olanzapina ou Clorpromazina, como havia sido recomendado em revisões anteriores sobre o tema. A eficácia destas medidas não está comprovada, e seu uso podem dificultar a dissipação do calor decorrente da hipertermia nestes pacientes. No entanto num paciente que está utilizando carvão ativado, e portanto impossibilitado de utilizar Ciproheptadina, o uso de Clorpromazina pode ser realizado.^{6, 13}

Manter a estabilidade hemodinâmica envolve principalmente o controle da frequência cardíaca e pressão arterial. Se houver uso concomitante com medicamentos IMAOs, deve ser iniciada droga vasoativa (aminas simpaticomiméticas) em baixas doses, a exemplo da noradrenalina,

adrenalina e fenilefrina. Estas drogas não dependem de metabolismo intracelular para sua ação, mas suas concentrações na fenda sináptica são reguladas pela enzima catecol-O-metiltransferase (COMT). A dopamina, por sua vez é uma droga vasoativa indireta necessitando conversão para adrenalina ou noradrenalina antes de exercer ação simpática. Nos pacientes com taquicardia e hipertensão, resultante tanto da intoxicação quanto da terapia vasopressora dirigida, deve-se usar agentes de curta duração como nitroprussiato e esmolol.¹³

Para tratar a hipertermia, é necessário diminuir a atividade muscular excessiva. Embora os benzodiazepínicos tenham alguma ação benéfica, agentes paralisantes musculares não despolarizantes, a exemplo do vecurônio, devem ser administrados para pacientes com hipertermia grave

(temperaturas acima de 41,1°C). Sua utilização pressupõe assistência ventilatória avançada (intubação orotraqueal em sequência rápida e ventilação mecânica). A succinilcolina deve ser evitada devido ao risco de arritmias promovidas por hipercalemia associada a rabdomiólise. Alguns relatos de casos demonstraram que a cessação do bloqueio neuromuscular prematura esteve associada a recrudescência da hipertermia.³¹

Não há evidência de que a utilização de antipiréticos ajude no resfriamento do paciente na síndrome serotoninérgica, devido a ser este um processo mediado por contração muscular desordenada e não pelo controle hipotalâmico de temperatura.

Não é recomendado o uso de propranolol, bromocriptina e dantroleno na síndrome serotoninérgica. Propranolol, tendo uma ação antagonista do receptor 5HT-1a de longa duração, pode levar a hipotensão e choque em pacientes com instabilidade autonômica. Além disso, seu uso oculta a taquicardia que pode ser utilizada para monitorar a duração e eficácia terapêutica. Bromocriptina e dantroleno não são tratamentos úteis, a descrição de casos que utilizaram estes medicamentos decorrem principalmente da incorreta identificação do diagnóstico. O uso da bromocriptina, inclusive, pode ter ação serotoninérgica, prolongando e piorando os sintomas. O dantroleno, por sua vez não demonstrou aumento da sobrevida em modelos animais.

O uso de terapia antagonista com ciproheptadina e clorpromazina pode ter efeitos indesejáveis. A ciproheptadina utilizada na dose proposta para tratamento da síndrome serotoninérgica, pode causar sedação, que na maioria das vezes é benéfica. Clorpromazina foi associada a hipotensão ortostática grave

(que geralmente não tem implicações num ambiente de terapia intensiva) e também piora da hipertermia. Sendo assim, devem ser evitadas em pacientes hipotensos ou em vigência de síndrome neuroléptica maligna.^{1, 13}

Prognóstico e prevenção

Com tratamento eficaz, o sintomas da síndrome serotoninérgica remitem em menos de 24h. A mortalidade associada a intoxicações reportadas por IRSS nos Estados Unidos esteve estável em torno de 0,2% desde 2002.

Pacientes com casos leves e moderados podem ser observados por algumas horas (respeitando-se a meia vida da droga precipitante) na sala de emergência e receber alta em seguida, se não tiverem deterioração clínica ou aumento da exuberância dos sinais neurológicos. Os casos graves frequentemente necessitam de cuidados críticos em ambiente adequado e lá devem permanecer até resolução completa dos sintomas.

A prescrição conjunta de drogas com atividade serotoninérgica deve ser uma prática desencorajada e a revisão da prescrição deve contemplar a suspensão de uma delas, quando possível. Pacientes que estejam em uso de medicação agonista serotoninérgica e que por algum motivo necessitem adição de outra medicação com efeito potencial agonista (um antimicrobiano por exemplo), devem ser observados nas semanas seguintes para o possível surgimento de sintomas associados a síndrome serotoninérgica.

A reintrodução de medicação serotoninérgica após resolução da síndrome, quando ainda indicada e tolerada pelo paciente, deve respeitar o tempo de washout de cada droga contida nas informações

do fabricante. A fluoxetina, por exemplo, tem um tempo de 5 semanas até completa eliminação do organismo.^{4, 16}

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O emprego de medicações agonistas serotoninérgicas encontra-se em franca ascensão em diversas áreas clínicas devido ao seu excelente perfil de segurança e suas indicações para diversas condições clínicas, a exemplo de transtornos depressivos, migrâneas ou como profiláticos de cefaleias crônicas, auxiliares na regulação do apetite e perda de peso, etc. Com o aumento da prevalência do uso, houve também aumento dos casos de intoxicação registrados nos bancos de dados americanos e possivelmente em outros países.

Deve ser visto com certo ceticismo o lançamento de novas drogas inibidoras de recaptção de serotonina, traçada uma comparação superficial com as novas drogas antiepilépticas, que apesar de demonstrarem menor ocorrência de efeitos colaterais em estudos, não demonstraram aumento de efetividade. Em relação ao tratamento da depressão maior, considerando a variedade de drogas, tempo e critérios utilizados em estudos, consegue-se remissão dos sintomas a longo prazo em aproximadamente um terço dos pacientes, e este número parece se manter inalterado ao longo dos anos mesmo com o lançamento de novas medicações.^{32, 33}

A atividade epileptiforme registrada nos casos de síndrome serotoninérgica é abordada por alguns autores como manifestação da própria síndrome (como uma “encefalopatia serotoninérgica”), e por outros como diagnóstico alternativo de síndrome epiléptica secundária. Estes conceitos podem ser entendidos como um

espectro clínico dos efeitos do excesso de neurotransmissor que ora polariza para uma ou outra síndrome clínica distinta. Independente da definição utilizada, a medicação precipitante deve ser suspensa e benzodiazepínicos acrescentados como parte da abordagem terapêutica.^{6, 14}

O tratamento bem sucedido da síndrome serotoninérgica pressupõe a suspeita clínica, compreensão da sua progressão rápida (na maioria das vezes em questão de horas); e conhecimento e antecipação dos efeitos adversos decorrentes do uso de farmacoterapia específica. O diagnóstico pode estar obscurecido pela rigidez excessiva, que não permite ao clínico percepção da hiperreflexia ou mioclonias. Se o diagnóstico for duvidoso, em presença de rigidez muscular importante e hipertermia ameaçadoras a vida, é recomendado não administrar antagonistas específicos, mas sim oferecer suporte clínico intensivo com sedação, paralisante muscular, intubação orotraqueal e ventilação mecânica, conforme necessidade.

Apesar do aumento de publicações sobre o tema nos últimos anos, incluindo estudos genéticos (relativos a polimorfismos da MAO, por exemplo), relatos de casos e de etiologias na literatura médica, a maioria das publicações é descritiva e não existem recomendações de conduta com embasamento à luz de evidências robustas, além da experiência de clínicos e toxicologistas que estudam grandes séries de casos. É possível que com a reunião de mais publicações e análise dos dados no futuro, as medidas clínicas de tratamento dos doentes sejam mais firmes e eficazes e tenham impacto na sobrevida. Por enquanto o enfoque maior é destinado à prevenção da sua ocorrência.

Devido a limitação imposta pelo formato do trabalho, alguns aspectos de igual importância porém de interesse específico foram omitidos, mas estão fortemente encorajados a serem lidos através da busca pelos títulos da bibliografia consultada.

A realização deste trabalho permitiu aprofundar o conhecimento acerca do tema específico e de temas correlatos, entremeados na tessitura complexa da prática clínica, que abrange especialidades distintas: farmacologia, toxicologia, genética médica, psiquiatria, neurologia e medicina interna. Trabalhos semelhantes que promovam apropriação de conhecimentos práticos contribuem para diálogo entre as especialidades, além da difusão científica e tendem a beneficiar o atendimento ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. *N Engl J Med* 2005; 352(11):1112-20
2. Volpi-Abadie J, Kaye AM. KayeAD. Serotonin syndrome. *Ochsner J*. 2013 Winter; 13(4):533-540.
3. Oates JA, Sjoerdsma A. Neurologic effects of tryptophan in patients receiving monoamine oxidase inhibitor. *Neurology*. 1960; 10:1076-8.
4. Ables AZ, Nagubilli R. Prevention, recognition, and management of serotonin syndrome. *Am Fam Physician*. 2010; 81(9):1139-1142.
5. Mills KC. Serotonin syndrome: a clinical update. *Crit Care Clin*. 1997. 13(4):763-83.
6. Isbister GK, Buckley NA, Whyte IM. Serotonin toxicity: a practical approach to diagnosis and treatment. *Med J Aust*. 2007; 187(6):361-65.
7. Mowry JB, Spyker DA, Cantinella LR JR, McMillan N, Ford M. 2013 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers ' National Poison Data System (NPDS): 31st Annual Report. *Clin Toxicol (Phila)*. 2014; 52(10):1032-283.
8. Cushing TA, Benzer TI, Noori M. (2015) Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Toxicity [Internet]. 2015 [citado 2016 Jul 23]; Medscape. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/821737-overview>
9. Marcolin MA, Cantarelli MG, Garcia JR M. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. *Rev Psiq Clín*. 2004; 31 (2):70-81.
10. Nichols DE, Nichols CD. Serotonin receptors. *Chem Rev*. 2008; 108(5): 1614-41.
11. Rubenstein LA, Lanzara RG. Activation of G-protein-coupled receptors entails cysteine modulation of agonist binding. *J Molec Struct (Theochem)*. 1998; 430:57-71.
12. Haberkretzl R, Fink H, Bert B. Role of 5-HT_{1A}- and 5-HT_{2A} receptors for the murine model of the serotonin syndrome. *J Pharmacol Toxicol Methods*. 2014; 70(2):129-33.
13. Boyer E. (2015) Serotonin syndrome [Internet]. 2015 [citado 2016 Jul 23]; UpToDate. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/serotonin-syndrome-serotonin-toxicity?source=search_result&search=serotonina+sindrome&selectedTitle=1~101
14. Ma Z, Rudacille M, Prentice HM, Tao R. Characterization of electroencefalographic and biochemical responses at 5-HT promoting drug-induced onset of serotonin syndrome in rats. *J Neurochem*. 2013; 125(5):774-789.
15. Ramsay RR, Dunford C, Gillman PK. Methylene blue and serotonin toxicity: inhibition of monoamine oxidase A (MAO

- A) confirms a theoretical prediction. *Br J Pharmacol*. 2007; 152(6):946-51.
16. Quinn DK, Stern TA. Linezolid and serotonin syndrome. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11(6):353-56.
 17. Hiemke C, Härtter S. Pharmacokinetics of selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacol Ther*. 2000;85(1):11-28.
 18. Mason PJ, Morris VA, Balczak TJ. Serotonin syndrome. Presentation of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2000; 79:201-09.
 19. Cavallazzi LO, Grezesiuk AK. Síndrome Serotoninérgica associada ao uso de paroxetina: relato de um caso. *Arq Neuro-Psiquiatri*. 1999;57(3-B):886-89.
 20. Villafañe M, Cáceres MS. Síndrome serotoninérgica por sobredosis de paroxetina: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Exp Médica*. 2009; 27(1): 28-34.
 21. Dunkley EJ, Isbister GK, Sibbritt D, Dawson AH, Whyte IM. The Hunter Serotonin Toxicity Criteria: simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity. *QJM*. 2003; 96(9):635-42.
 22. Sternbach H. The serotonin syndrome. *Am J Psychiatry*. 1991;148(6):705-13.
 23. Radomski JW, Dursun SM, Reveley MA, Kutcher SP. An exploratory approach to the serotonin syndrome: an update of clinical phenomenology and revised diagnostic criteria. *Med Hypotheses*. 1999; 55(3):218-24.
 24. Prakash S, Patel V, Kakked S, Patel I, Yadav R. Mild serotonin syndrome: A report of 12 cases. *Ann Indian Acad Neurol*. 2015;18(2):226-30.
 25. Dike GL. Triphasic waves in serotonin syndrome. *J urol Neurosurg Psychiatry*. 1997;62:200-201.
 26. Fox SH, Chuang R, Brotchie J. Serotonin and Parkinson's disease: On movement, mood, and madness. *Mov Disord* 2009; 24(9):1255-66.
 27. Smith KM, Eyal E, Weintraub D. Combined rasagiline and antidepressant use in Parkinson disease in the ADAGIO study: effects on nonmotor symptoms and tolerability. *JAMA Neurol*. 2015;72(1):88-95.
 28. Hegerl U, Bottlender U, Gallinat J, Kuss HJ. The serotonin syndrome scale: first results on validity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248:96-103.
 29. Dagtekin O, Marcus H, Müller C, Böttiger BW, Spöhr F. Lipid therapy for serotonin syndrome after intoxication with venlafaxine, lamotrigine and diazepam. *Minerva Anesthesiol*. 2011; 77(1):93-5.
 30. Baigel Gd. Cyproheptadine and the treatment of an unconscious patient with the serotonin syndrome. *Eur J Anaesthesiol*. 2003; 20:586-88.
 31. Cooper BE, Sejnowski CA. Serotonin syndrome: recognition and treatment. *AACN Adv Crit Care*. 2013; 24(1):15-20.
 32. Thase ME, Entsuah AR, Rudolph RL. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *Br J Psych*. 2001;178(3): 234-41.
 33. Tranter R, O'Donovan C, Chandrana P, Kennedy S. Prevalence and outcome of partial remission in depression. *J Psychiatry Neurosci*. 2002; 27(4):241-7.

Aplicação da escala de depressão geriátrica (GDS), em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)

Resumo de Tese

Autor: Juliana Aparecida Ribeiro Parreira

Orientadora: Profa. Dra. Debora Pastore Bassitt

Nível: Mestrado

Resumo: Trata-se de um estudo de campo que teve como objetivo investigar a prevalência de depressão em idosos do ambulatório do IAMSPE por meio da aplicação da GDS e correlacionar a presença desta com doenças clínicas e fatores sociodemográficos. A população do estudo foi composta por 301 pacientes atendidos no ambulatório de geriatria do IAMSPE com idade igual ou superior a 65 anos. Os idosos responderam à GDS com trinta itens e ao questionário sociodemográfico. Verificou-se que as pacientes do sexo feminino apresentaram estatisticamente maior pontuação na GDS que os pacientes do sexo masculino. Outro dado significativo é que os pacientes com câncer apresentaram pontuação na GDS 40% menor que os pacientes sem câncer. A presença de hipertensão nos pacientes entrevistados também aumentou a pontuação na GDS em 18%. Sugere-se que outros estudos sejam realizados com o intuito de incluir ações direcionadas à população idosa com a finalidade de detectar precocemente a depressão e tratá-la adequadamente.

Descritores: Depressão; Idoso; Fatores de risco; Hipertensão; Câncer

Data de Defesa: 27/02/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Correlação entre os níveis séricos de IGE específico para cada alérgeno em pacientes com alergia ocular

Resumo de Tese

Autor: Julia Gomes Fernandes Polido

Orientador: Prof. Dr. Pedro Duraes Serracarbassa

Nível: Mestrado

RESUMO

Objetivo: Avaliar as alergias oculares dos pacientes atendidos no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE) e correlacionar com a dosagem da imunoglobulina E específica para cada alérgeno. **Métodos:** Foi realizado um estudo longitudinal de pacientes com alergia ocular, atendidos no setor de Córnea e Alergia e Imunologia. Os pacientes foram submetidos à propedêutica oftalmológica evidenciando-se os principais sintomas e sinais apresentados. Os pacientes foram divididos quanto ao tipo de alergia ocular apresentada. Foram realizados os seguintes exames: hemograma, dosagem de IgE sérica total e de IgE sérica específica. **Resultados:** Foram examinados 61 pacientes, dos quais 26 (42,6%) eram do sexo feminino e 35 (57,4%) masculino. A idade variou de 3 a 63 anos (M=18). A idade de início da conjuntivite variou de 1 a 44 anos (M=10,7). Dentre os tipos de conjuntivite alérgica, 16 (26,2%) pacientes apresentaram diagnóstico clínico de conjuntivite alérgica sazonal, 23 (37,7%) perene, 19 (31,1%) vernal e três (4,9%) atópica. O pool de pó (HX2) apresentou resultado positivo em 94,9% dos pacientes, os antígenos Dermatophagoides pteronyssinus (dp) e Dermatophagoides farinae (df) com 93,2%, seguido pela Blattella germanica, Blomia tropicalis e epitélios de animais (EX1) com 81%, 75,9% e 25,8% dos pacientes, respectivamente. **Conclusão:** A conjuntivite alérgica perene foi a forma mais prevalente e mostrou alta positividade nas classes V/VI para os antígenos específicos pool de pó (HX2), dp e df. O pool de pó, os ácaros D. pteronyssinus e D. farinae, a B. germanica e a B. tropicalis foram as principais causas das alergias oculares estudadas.

Descritores: Conjuntivite; Alérgica/epidemiologia; Alérgenos; Conjuntivite alérgica/diagnóstico; IgE sérico específico

Data de Defesa: 18/03/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Estudo caso controle das dimensões da via aérea superior em pacientes com malformação de Chiari tipo I com e sem apnéia do sono

Resumo de Tese

Autor: Ramon Barbalho Guerreiro

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Vieira Botelho

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: Pacientes com malformação da transição craniocervical (MTCC) tendem a apresentar mais frequentemente distúrbios respiratórios do sono (DRS), os quais são mais intensos em pacientes com invaginação basilar. **Objetivo:** Avaliar se pacientes com MTCC e DRS apresentam dimensões das vias aéreas reduzidas em comparação a pacientes sem DRS. **Métodos:** Pacientes com MTCC com e sem apnéia do sono foram avaliados com a escala de Bindal, classificação de Mallampati modificada, polissonografia de noite inteira e tomografia da via aérea superior. **Resultados:** Onze pacientes tinham DRS e nove não apresentaram esses distúrbios (grupo controle). Pacientes com MTCC e DRS foram principalmente mulheres, mais velhos, apresentaram maior IMC e maior gradação na escala de Mallampati, além de menor diâmetro anteroposterior de via aérea superior do que pacientes sem DRS. **Conclusão:** Pacientes com MTCC e DRS têm maior IMC, maior pontuação na escala de Mallampati e menor diâmetro anteroposterior da via aérea superior. malformação de Chari tipo I; apnéia do sono; polissonografia

Descritores: Malformação de Chiari tipo I; Apnéia do sono; Polissonografia

Data de Defesa: 29/04/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Microalbuminúria em não diabéticos: marcador de nefropatia em população de risco metabólico

Resumo de Tese

Autor: Marcos Rodrigues

Orientador: Profa. Dra. Cristiane Bitencourt Dias

Nível: Mestrado

RESUMO

A microalbuminúria representa um marcador de nefropatia incipiente, usada principalmente para avaliação de população diabética. Este estudo discute a frequência de microalbuminúria em população não diabética, porém com risco metabólico aumentado, e tenta avaliar a existência de correlação da microalbuminúria com dados do metabolismo glicídico. Foram incluídos no estudo 132 pacientes não diabéticos que apresentassem um ou mais fatores de risco para alteração do metabolismo glicídico: hipertensão arterial; obesidade; parentes em primeiro grau com diabetes; indivíduos das etnias hispano-americanas, asiáticas e afro-americanas; mães de recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG) ou que apresentaram diabetes gestacional; dosagens séricas em jejum de HDL - colesterol < 35 mg/dL e triglicerídeos > 250 mg/dL. Os resultados mostraram uma frequência de microalbuminúria anormal para o método em 16% dessa população, além da presença de menores valores de HDL - colesterol e clearance de creatinina nessa população. Houve correlação positiva da microalbuminúria com a creatinina sérica e com o ácido úrico. Em conclusão, nosso estudo sugere que a microalbuminúria seja avaliada como marcador de nefropatia incipiente em população não diabética com risco metabólico aumentado.

Descritores: Hipersensibilidade tardia; Próteses e implantes; Testes cutâneos

Data de Defesa: 25/05/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Encefalite autoimune anti-receptor NMDA de início tardio

Resumo de Monografia

Autores: Alexandre Coelho Marques, Sônia Maria Cesar Azevedo Silva, Antonio Carlos de Paiva Melo

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Introdução: O receptor do N-Metil-D-Aspartato (NMDA) está presente na rede neural normal e a presença patológica dos anticorpos contra esse receptor está associada a um conjunto de sintomas que caracterizam a encefalite anti-receptor NMDA. Estudos mostram que é a segunda causa de encefalopatia imunomediada mais frequente, sendo a primeira de encefalite idiopática em jovens menores que 30 anos. **Objetivo:** Relatar um caso de encefalite anti-receptor NMDA confirmado em paciente maior que 45 anos. **Discussão:** A doença é caracterizada por alteração comportamental e de memória, distúrbios psiquiátricos, crises epiléticas e transtorno do movimento. Alguns casos evoluem para coma, disautonomia e alteração ventilatória. Diagnóstico definitivo se faz através da detecção do anticorpo no líquido cefalorraquidiano e/ou no soro. Alterações na ressonância magnética de crânio e no eletroencefalograma podem auxiliar no diagnóstico. O tratamento baseia-se na imunoterapia e, quando presente, remoção tumoral. **Conclusão:** A idade da paciente maior que 45 anos é definida como início tardio da encefalite anti-receptor NMDA. As encefalopatias imunomediadas constituem um desafio diagnóstico com consequente atraso no início do tratamento. Desta forma, o diagnóstico e o tratamento precoce são fundamentais para melhor recuperação do paciente e redução do tempo de internação hospitalar.

Descritores: Anti-receptor NMDA; Encefalite autoimune; Encefalopatia imunomediada

Trabalho realizado: Serviço de Neurologia Clínica

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Câncer de mama masculino no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-FMO): epidemiologia, tratamentos e fatores prognósticos

Resumo de Monografia

Autores: Caroline Camargo Bandeira da Silveira, Marcelo Antonini, Odair Ferraro, Thiago Aranha, João Alfredo Martins, Reginaldo Guedes Coelho Lopes

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Introdução: O câncer de mama masculino é uma doença rara, correspondendo a 0,5-1% de todos os casos de câncer de mama diagnosticados. Pela baixa incidência, há escassez de estudos prospectivos. Assim, o tratamento é realizado seguindo os mesmos protocolos do câncer de mama em mulheres. **Objetivo:** Descrever as características epidemiológicas, tratamento e fatores prognósticos do câncer de mama masculino, em pacientes diagnosticados com a doença no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2014 no HSPE-FMO. **Métodos:** Estudo retrospectivo, através da análise dos prontuários de 20 pacientes do sexo masculino que tiveram diagnóstico histológico de câncer de mama no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2014 no HSPE-FMO. Os dados foram obtidos através do Serviço de Registro Hospitalar de Câncer vinculado ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística. A análise estatística foi realizada em relação às variáveis: idade, forma de apresentação, duração dos sintomas até o diagnóstico, tipo histológico, tratamento realizado, ocorrência e sítio de metástase e curvas de sobrevida. **Resultados:** A idade média do diagnóstico foi de 67 anos, apresentando-se mais frequentemente como nódulo palpável (60%). O diagnóstico mais comum foi o carcinoma ductal invasivo, correspondendo a 85%. O tratamento cirúrgico realizado na maioria dos casos foi a mastectomia radical modificada (80%) e grande parte dos pacientes recebeu quimioterapia (75%). O estágio do diagnóstico mais frequente foi o II (55%), seguido pelo III (35%). As metástases ocorreram em 60% dos pacientes, com predomínio de acometimento ósseo em 33,3%. Metade dos pacientes apresentaram tumores com receptores hormonais positivos. Os triplo negativos relacionaram-se com pior prognóstico, obtendo sobrevida significativamente menor. **Conclusão:** O câncer de mama masculino foi diagnosticado em estádios clínicos mais avançados em relação ao feminino.

Descritores: Câncer de mama masculino; Histologia; Quimioterapia; Prognóstico

Trabalho realizado: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Mortalidade do grande idoso na unidade de terapia intensiva

Resumo de Monografia

Autores: Heitor Spagnol dos Santos, Maurício de Miranda Ventura, Ederlon A. de Carvalho Rezende

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Objetivo: Avaliar a mortalidade do paciente grande idoso admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desde sua admissão até o 180º dia pós-internação. **Métodos:** Realizado um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo em UTI Geral de um hospital terciário, em um período de 30 meses, a partir de revisão de prontuários. Os pacientes incluídos foram aqueles com 80 anos de idade ou mais e foram divididos em três grupos categorizados por tipo de indicação de internação: indicação clínica, cirúrgica eletiva ou cirúrgica de urgência. Os critérios de exclusão consistiram na impossibilidade de levantamento das variáveis estudadas: sexo, escores preditores de gravidade (SOFA, APACHE II e MODS), tempo de permanência hospitalar e desfecho. **Resultados:** Foram envolvidos 186 pacientes com média de idade de $84,47 \pm 3,88$ anos. A mortalidade em UTI foi de 26,3%, intra-hospitalar de 45,7% e 51,6% dos pacientes permaneceram vivos no período de 180 dias. Foi determinante independente de maior mortalidade através de análise de regressão, no período de até 180 dias: a indicação clínica de admissão em UTI [odds ratio de 3,417 (IC 95%, 1,502 a 7,776; $P = 0,003$)] e o escore preditor SOFA [odds ratio de 1,24 (IC 95%, 1,08 a 1,42; $P = 0,002$)]. **Conclusão:** O paciente grande idoso admitido em Unidade de Terapia Intensiva por indicação clínica e/ou que possua maior valor de SOFA à admissão apresenta pior prognóstico hospitalar e em até 180 dias pós admissão em UTI.

Descritores: Mortalidade; Idoso de 80 anos ou mais; Unidade de terapia intensiva

Trabalho realizado: Serviço de Terapia Intensiva

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Avaliação do estresse ocupacional entre professores de uma diretoria de ensino do município de São Paulo

Resumo de Monografia

Autores: Suzana Maria Silva Ramos, Camila Rodrigues Bressane Cruz, Flávia S. S. Almeida, Mirian Matsuara Shirassu

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Introdução: O estresse no ambiente de trabalho, juntamente com a análise de aspectos da dimensão psicossocial, vem sendo amplamente estudados e associados à diversas patologias e absenteísmo. Algumas profissões, como o magistério, são sabidamente mais estressantes que outras, cabendo assim a análise de tal aspecto no contexto laboral.

Objetivos: Avaliar o estresse ocupacional entre professores do ensino fundamental e médio de escolas de pertencentes a diretoria de ensino do município de São Paulo São Paulo, descrever os riscos ocupacionais existentes no local de trabalho, sugerir medidas preventivas tanto em relação à organização do trabalho quanto em relação à saúde dos trabalhadores, comparar os dados obtidos com a literatura existente.

Métodos: Estudo observacional de corte transversal, realizado com 52 professores de 06 escolas estaduais da Zona Sul de São Paulo (capital), com aplicação dos questionários Job Stress Scale (JSS) e de Identificação Pessoal e Profissional, e avaliação do ambiente de trabalho.

Resultados e Conclusão: Os dados evidenciaram predominância do sexo feminino (79 %) e da faixa etária entre 50 a 59 anos (31%), com média de idade de 48 anos. O tempo de trabalho médio na escola investigada foi de 8,3 anos, e como professor no Estado foi de 15,5 anos, sendo de 34,3 a carga horária semanal média. Apenas 21% afirmaram possuíam outro vínculo empregatício em uma escola, e a maioria (68%) são professores exclusivamente de ensino fundamental. Com relação aos resultados da aplicação do questionário Job Stress Scale, a maior parte dos professores (48%) consideraram o trabalho como alta exigência, vindo o trabalho passivo em segundo lugar, com 19,3%, sendo estas dimensões as mais nocivas à saúde do trabalhador. Estes dados, juntamente com as visitas ao local de trabalho, mostra uma possível associação do estresse com o tipo e local de trabalho, podendo interferir na saúde dos professores. Apesar da amostra limitada e localizada, observou-se pior resultado em relação a alguns estudos presentes na literatura, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde docente, bem como a melhoria das condições de trabalho dos professores de escolas públicas.

Descritores: Docentes; Estresse ocupacional; Saúde do trabalhador

Trabalho realizado: Serviço de Medicina do Trabalho

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil