

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN 2238-3360 | Ano VII - Volume 7 - Suplemento 1 - 2017

EDIÇÃO ESPECIAL:



**URGÊNCIA
EMERGÊNCIA**
A VIDA ENTRE A ESPERANÇA E A MORTE
XI SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



Editores:

• *Andréia Rosane Moura VALIM, PhD*
Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

• *Lia Gonçalves POSSUELO, PhD*
Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

• *Eliane Carlosso KRUMMENAUER, RN*
Hospital Santa Cruz,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

Editores Associados:

• *Claudia Maria Maio CARRILHO, MD, MSc*
Universidade Estadual de Londrina,
Londrina, PR, Brasil

• *Fábio Lopes PEDRO, MD, MSc*
Universidade Federal de Santa Maria,
Santa Maria, RS, Brasil

• *Luis Fernando WAIB, MD, MSc*
Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Campinas, SP, Brasil

Assessoria Editorial:

Janete Aparecida Alves Machado, NT

Revisão de Inglês:

Sonia Maria Strong

Secretária

Bruna Toillier

Editor de Layout:

Álvaro Ivan Heming
aih.alvaro@hotmail.com

Conselho Editorial:

• *Alberto Novaes Ramos Junior, PhD*
Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil

• *Alexandre Vargas Schwarzbold, PhD*
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

• *Andrea Lúcia Gonçalves da Silva, PhD*
Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

• *Andreza Francisco Martins, PhD*
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

• *Clodoaldo Antônio de Sá, PhD*
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, SC, Brasil

• *Daniel Gomes Alvarenga, MSc*
Universidade Vale do Rio Doce, MG, Brasil

• *David Jamil Hadad, PhD*
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil

• *Diego Rodrigues Falci, MSc*
Hospital Nossa Senhora da Conceição, RS, Brasil

• *Flavia Julyana Pina Trench, MSc*
Universidade Federal da Integração Latino-Americana, PR, Brasil

• *Gisela Unis, PhD*
Hospital Sanatório Partenon, RS, Brasil

• *Guilherme Augusto Armond*
Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas, MG, Brasil

• *Heloisa Helena Karnas Hoefel, PhD*
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

• *Karen Mello de Mattos, MSc*
Centro Universitário Franciscano, RS, Brasil

• *Lessandra Michelim, PhD*
Universidade de Caxias do Sul, RS, Brasil

• *Luciano Nunes Duro, PhD*
Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

• *Magno Conceição das Mercês, MSc*
Universidade do Estado da Bahia, BA, Brasil

• *Marcelo CARNEIRO, MD, MSc*
Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

• *Marcia Regina Eches Perugini, PhD*
Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil

• *Marcos Toshiyuki Tanita, MSc*
Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil

• *Nadia Mora Kuplich, MSc*
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil

• *Pedro Eduardo Almeida Silva, PhD*
Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil

• *Rodrigo Pereira Duquia, PhD*
Universidade Luterana do Brasil, RS, Brasil

• *Suzanne Frances Bradley, PhD*
University of Michigan Geriatrics Center: Research, EUA

• *Thiago Prado Nascimento, MSc*
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil

• *Valéria Saraceni, PhD*
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Elaboração, veiculação e informações:

Núcleo de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz
Rua Fernando Abott, 174 - 2º andar - Bairro Centro - Santa Cruz do Sul/RS - CEP 96810-150
TELEFONE/FAX: 051 3713.7484 / 3713.7449 / E-MAIL: reci@hotmail.com

Veiculação: Virtual

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



R454 Revista de epidemiologia e controle de infecção [recurso eletrônico] / Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde. Vol. 7, Suplemento 1 (2017) - Santa Cruz do Sul : EDUNISC, 2017.

Dados eletrônicos.

Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.unisc.br/edunisc>>

Trimestral

eISSN 2238-3360

Temas: 1. Epidemiologia - Periódicos. 2. Microbiologia - Periódicos.

3. Doenças transmissíveis - Periódicos.

I. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz. II. Título.

CDD: 614.405

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



SUMÁRIO

| | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| EDITORIAL | 7 | 11. TENDÊNCIA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ASMA DE ACORDO COM FAIXAS ETÁRIAS EM SANTA CRUZ DO SUL, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL | 22 |
| 1. ANÁLISE DA COBERTURA DE IMUNIZAÇÃO PELA VACINA DO HPV QUADRIVALENTE ANTES E APÓS AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO | 9 | 12. UROFLUXOMETRIA COMO EXAME AUXILIAR NO DIAGNÓSTICO DE SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR | 23 |
| 2. DETECÇÃO DE DNA DE PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM URINA E SECREÇÃO CÉRVICO-VAGINAL .. | 10 | 13. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA DETECÇÃO DE HEPATITES VIRAIS E IMUNIZAÇÕES: RELATO DA PARTICIPAÇÃO DO GRUPO PET GRADUASUS EM CAPACITAÇÃO | 25 |
| 3. EFICÁCIA DA IMUNIZAÇÃO CONTRA HEPATITE B EM ESTUDANTES VACINADOS DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL | 11 | 14. ANOMALIAS ANORRETAIS: IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO EM SALA DE PARTO | 26 |
| 4. SCORE DE DELIRIUM E PREDITORES INDEPENDENTES AVALIADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL ESCOLA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL | 12 | 15. ASCARIDÍASE COMO CONDIÇÃO AGRAVANTE DE ENCARCERAMENTO HERNIÁRIO EM LACTENTE | 27 |
| 5. PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL | 14 | 16. ATRESIA ESOFÁGICA ASSOCIADA A OUTRAS MALFORÇÕES DO TRATO GASTROINTESTINAL NA PEDIATRIA | 29 |
| 6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE JULHO DE 2016 | 16 | 17. CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: RELATO DE CASO | 31 |
| 7. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE NA REGIÃO SUL DO BRASIL | 17 | 18. DIAGNÓSTICO DE RETINOBLASTOMA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO | 32 |
| 8. PREVALÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE DA UNISC PARA HEPATITE B .. | 18 | 19. ECOCARDIOGRAFIA FETAL E SUAS INDICAÇÕES: DEVEMOS REVÊ-LAS? | 33 |
| 9. RASTREAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTES DE CAMPOS BORGES | 19 | 20. ESQUIZOFRENIA REFRAATÁRIA COM PRIMEIRO SURTO INDUZIDO POR USO DE CANNABIS SATIVA: RELATO DE CASO | 34 |
| 10. TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO DE PACIENTES EM AMBULATÓRIO DE OBESIDADE INFANTIL | 20 | 21. ESTESIONEUROBLASTOMA COM ROSETAS DE HOMER-WRIGHT E DE FLEXTER-WINTERSTEINER: RELATO DE UM CASO | 35 |

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

22. EXPANSÃO TUMORAL MEDIASTÍNICA, UMA POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO ENTRE NEOPLASIAS: RELATO DE CASO37
23. FILTRO DE VEIA CAVA MIGRATÓRIO RETIRADO CIRURGICAMENTE DO VENTRÍCULO DIREITO38
24. HIPEROSTOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA (DISH): UM RELATO DE CASO40
25. NEUROFIBROMA CUTÂNEO COM ÁREAS DE CALCIFICAÇÃO: RELATO DE UM CASO41
26. QUEIMADURA ESCALDANTE EM PRÉ-ESCOLAR NO AMBIENTE DOMÉSTICO43
27. RECONSTRUÇÃO NASAL COM ENXERTO DE PELE TOTAL SUPRACLAVICULAR PÓS EXÉRESE DE TUMOR BASOCELULAR: RELATO DE CASO45
28. RELATO DE CASO DE SCHWANNOMA VESTIBULO-COCLEAR EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE SORONEGATIVA EM USO DE ETANERCEPTO47
29. RELATO DE CASO: ARTRODESE COMO REVELADORA DE MIELOMA MÚLTIPLO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO RESPONSIVO48
30. RELATO DE CASO: COSTELA BÍFIDA49
31. SÍNDROME DE ANGELMAN: RELATO DE CASO ..50
32. SÍNDROME DE DANDY WALKER51
33. SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA COM USO DE ANTIPSICÓTICO ATÍPICO EM BAIXA DOSAGEM: RELATO DE CASO53
34. A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR PARA A POPULAÇÃO55
35. A IMPORTÂNCIA DO TESTE DO RELÓGIO COMO RASTREAMENTO DE DÉFICIT COGNITIVO: UM ESTUDO DE CASO56
36. A PREVALÊNCIA DE CÂNCER NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL CONFORME A PORCENTAGEM DE ESTABELECIMENTOS RURAIS QUE USAM AGROTÓXICOS NO SUL DO BRASIL58
37. A RELAÇÃO ENTRE IMC E SAHOS GRAVE E OS PRINCIPAIS SINTOMAS ENCONTRADOS EM PACIENTES EM UMA CLÍNICA DE SANTA CRUZ DO SUL60
38. FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES E COMORBIDADES EM UM AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA DO INTERIOR DO ESTADO DO RS62
39. INCIDÊNCIA DE CARCINOMA BASOCELULAR DE 2008 A 2015 EM CENTRO DE NÃO REFERÊNCIA NO INTERIOR DO RS64
40. MORTALIDADE DO IDOSO: COMPARAÇÃO ENTRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SANTA CRUZ DO SUL, RIO GRANDE DO SUL E BRASIL66
41. O ESCORE DE GLEASON E UMA NOVA ALTERNATIVA DE CLASSIFICAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA69
42. PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO RS ..70
43. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES HIV POSITIVAS DE SANTA CRUZ DO SUL NO PERÍODO DE MARÇO A MAIO DE 201671

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



SUMÁRIO

44. PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE DPOC EM PACIENTES INTERNADOS COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL73
45. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE EM MENORES DE 14 ANOS NO RIO GRANDE DO SUL75
46. VARIAÇÕES NAS CAUSAS BÁSICAS DE MORTALIDADE NO IDOSO: UM COMPARATIVO ENTRE OS ANOS DE 2004 E 201477
47. ABDOME AGUDO PERFURATIVO ATÍPICO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E CONTROLE DE COMPLICAÇÕES79
48. ANESTESIA NO PACIENTE CARDIOPATA: UM RELATO DE CASO80
49. BLOQUEIO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA: UM RELATO DE CASO81
50. CASO DE Distrofia Miotônica Tipo 1 com padrão eletroneuromiográfico típico ..82
51. ESCLEROSE TUBEROSA: RELATO DE CASO84
52. FRATURA DE OSSOS LONGOS NA GESTAÇÃO: UM SINAL DE ALERTA85
53. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE87
54. IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO DE DELÍRIUM EM PACIENTES POLITRAUMATIZADOS: RELATO DE CASO88
55. INVASÃO VESICAL POR TECIDO PROSTÁTICO DE CRESCIMENTO NEOPLÁSICO: RELATO DE CASO89
56. MANEJO CIRÚRGICO DE ATONIA UTERINA REFRACTÁRIA À TERAPÊUTICA CLÍNICA EM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL: UM RELATO DE CASO90
57. NECROSE PULMONAR PÓS TRAUMA91
58. RELATO DE CASO: QUILOTÓRAX EM GEMELARES CONCEBIDOS POR INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL 92
59. RESIDÊNCIA DO IDOSO: A RELAÇÃO DO ESTADO MENTAL COM O AMBIENTE EM QUE VIVE ...94
60. SCHWANNOMA: UM RELATO DE CASO95
61. SÍNDROME DE VACTERL: RELATO DE CASO96

EDITORIAL

XI Semana Acadêmica do Curso de Medicina da Unisc Urgência e Emergência: a vida entre a esperança e a morte

A XI Semana Acadêmica do Curso de Medicina (SAM) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) foi promovida pelo Diretório Acadêmico Pedro Lúcio de Souza (DAPLUS) entre os dias 18 a 20 de outubro de 2016, no campus sede da UNISC e na ala acadêmica do Hospital Santa Cruz, com atividades nos três turnos, incluindo palestras, workshops e apresentação de trabalhos científicos. A décima primeira edição do evento abrangeu a temática "Urgência e Emergência: a vida entre a esperança e a morte".

A XI SAM recebeu a inscrição de 114 trabalhos, dos quais 91 (79,82%) foram selecionados para apresentação na forma de pôster. Destes, 55 foram inscritos na categoria "Trabalho Independente", sendo 14 na modalidade "Trabalho original", 24 na modalidade "Relato de caso" e 17 na modalidade "Revisão bibliográfica", e 36 foram inscritos na categoria "Liga Acadêmica", sendo 13 na modalidade "Trabalho original", 18 na modalidade "Relato de caso" e 5 na modalidade "Revisão bibliográfica".

Esta edição especial da Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção apresenta os trabalhos aprovados nas modalidades "Trabalho original" e "Relato de caso". Ressaltamos que os trabalhos (total de oito) que abrangeram as temáticas resistência microbiana, infecção relacionada a serviços de saúde hospitalar, antibioticoterapia e prevenção de infecção relacionada a serviços de saúde estão publicados no v. 5, n.2 (2016) do Journal of Infection Control.

As Semanas Acadêmicas do Curso de Medicina da UNISC são eventos organizados pelos alunos e para os alunos e, a cada ano, procuram oportunizar a discussão de importantes temas da área médica e estimular os acadêmicos à participação na produção científica. Assim, agradecemos a todos que participam e contribuem para que as Semanas Acadêmicas do Curso de Medicina se tornem a cada ano um momento mais importante para troca de conhecimentos e experiências entre alunos e professores. Apresentamos, então, com imenso prazer, os trabalhos científicos da XI SAM selecionados para publicação neste suplemento.

Boa leitura a todos!

Comissão Organizadora da XI SAM



**Curso de Medicina da Universidade
de Santa Cruz do Sul (Unisc)
Gestão 2016/2017**

Coordenador:
Prof. Dr. Dennis Baroni Cruz

Vice Coordenadora:
Prof.^a Ms.^a Tatiana Kurtz

Coordenadora Pedagógica:
Prof.^a Dr.^a Giana Diesel Sebastiany

Coordenador do Internato:
Prof. Ms. Paulo Roberto Laste

Coordenadora da Tutoria:
Prof.^a Dr.^a Marília Dornelles Bastos

**Diretório Acadêmico
Pedro Lúcio de Souza
Gestão 2016/2017**

Presidente:
Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa

Vice Presidente:
Maura David

Diretor Social:
Gustavo Furtado Coronel

Primeiro Secretário:
Leonardo Silveira Nascimento

Segunda Secretária:
Fernanda Pitelkow Figueira

Primeira Tesoureira:
Bruna Polanski Costa

Segunda Tesoureira:
Débora Cristina Haack Bassani

Comissão Organizadora da XI SAM

Alice Lopes de Almeida
Allana Maychat Pereira Oliveira
Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa
Bruna Polanski Costa
Camila Urach dos Santos
Débora Cristina Haack Bassani
Emanuele Dalla Lasta
Fernanda Pitelkow Figueira
Giulia Rubin Fuga
Gustavo Furtado Coronel

Laura Timm Junqueira
Leonardo Silveira Nascimento
Luana Larissa Schmitt da Silva
Maura David
Paula Bibiana Müller Nunes
Rafaela Kuczynski da Rocha

Comissão Científica da XI SAM

Clarissa Aires Roza, M.D., Ph.D.
Clauceane Venzke Zell, M.D.
Claus Dieter Dummer, M.D., Ph.D.
Cristiane Pimentel Hernandes, M.D., M.Sc.
Cynthia Caetano, M.D., M.Sc.
Dennis Baroni Cruz, M.D., Ph.D.
Fabiani Waechter Renner, M.D., M.Sc.
Leandro Luis Assmann, M.D., M.Sc.
Luciano Nunes Duro, M.D., Ph.D.
Marcelo Carneiro, M.D., Ph.D.
Marília Dornelles Bastos, M.D., Ph.D.
Paulo Roberto Laste, M.D., M.Sc.
Pedro Lúcio de Souza, M.D., Ph.D.
Silvio Márcio Pegoraro Balzan, M.D., Ph.D.
Tatiana Kurtz, M.D., M.Sc.



Categoria: Independente Modalidade: Trabalho original

1. ANÁLISE DA COBERTURA DE IMUNIZAÇÃO PELA VACINA DO HPV QUADRIVALENTE ANTES E APÓS AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO

Paula Bibiana Müller Nunes,^{1*} Marina Fernandes Bianchi,¹ Marcella Gonçalves Piovesan,¹ Clauceane Venzke Zell²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*bibianamuller@yahoo.com.br

Introdução. A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é considerada atualmente a doença sexualmente transmissível com maior prevalência em todo o mundo. Há 12 tipos de HPV que são considerados carcinogênicos, existindo, dessa forma, uma associação do HPV com o câncer cervical. Os dois tipos mais importantes são o 16 e o 18, considerados responsáveis por cerca de 70% dos carcinomas cervicais e 50% das neoplasias intraepiteliais de grau III. Em 2006 foram licenciadas as vacinas contra o HPV e introduzidas em diversos países para vacinação principalmente de meninas entre 10 e 14 anos. No Brasil foram aprovadas duas vacinas profiláticas contra o HPV, sendo elas a bivalente e a quadrivalente. A vacina quadrivalente, além de proteger contra os HPV 16 e 18, também previne infecções pelos tipos 6 e 11, responsáveis por 90% das verrugas na região genital e lesões em colo uterino de baixo risco. A partir de 2014, o ministério da saúde incluiu a vacina quadrivalente contra o HPV no Programa Nacional de Imunizações (PNI). Esse estudo tem como objetivo demonstrar a cobertura vacinal no estado do Rio Grande do Sul e no Brasil no ano de 2015 e compará-la com os anos anteriores à implementação das campanhas de vacinação pelo Estado.

Metodologia. Pesquisa analítica e descritiva baseada nos dados presentes no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As informações foram encontradas no sistema como Percentual da população de 10 a 14 anos vacinada contra HPV (Bivalente e Quadrivalente), em anos anteriores à implantação da vacina HPV pelo Programa de Nacional de Imunizações – PNI e Coberturas vacinais – HPV Quadrivalente – Sexo feminino de 11 a 14 anos por idade e dose (ano de 2015).

Resultados. No ano de 2015, no estado do Rio Grande do Sul (RS), a cobertura vacinal da primeira dose da vacina quadrivalente para o HPV foi de 64,28%, enquanto que a

segunda dose teve uma cobertura de 43,69%. No Brasil, durante o mesmo período, a cobertura vacinal da primeira dose chegou a 70,07% e da segunda dose a 44,29%. Em anos anteriores à inclusão da vacina para o HPV no PNI, o estado do Rio Grande do Sul apresentava uma cobertura vacinal para primeira dose das vacinas bivalente e quadrivalente de 34,90% e 25,43% para segunda dose. O Brasil possuía 38,49% de cobertura vacinal para a primeira dose e 27,75% para segunda dose.

Discussão. A vacinação contra o HPV é a forma mais eficiente de se proteger contra o câncer de colo do útero e a campanha de vacinação do Ministério da Saúde tinha como meta, no ano de 2015, atingir 80% do público-alvo. No ano em questão, o Rio Grande do Sul apresentou cobertura vacinal da primeira dose da quadrivalente para o HPV de apenas 64,28%, representando um valor abaixo da cobertura nacional, a qual atingiu 70,07%. A mesma diferença, menos evidente, foi encontrada em anos anteriores à campanha de vacinação. Ainda assim, é possível ver um aumento da cobertura vacinal tanto no Estado como no Brasil como um todo, com aproximadamente o dobro dos valores encontrados nos anos anteriores. Portanto, é evidente que a campanha conseguiu atingir boa parte da população e teve um resultado positivo no que se refere à prevenção do câncer de colo. A implementação do programa de vacinação é importante pois visa educar a população sobre o HPV e ganhar a confiabilidade para vacinar adolescentes para uma doença sexualmente transmissível, antes da sua iniciação sexual e prevenir o câncer cervical.

Conclusão. A partir dos dados coletados, é possível verificar que a vacinação contra o HPV não atingiu a meta do público alvo esperado no período analisado. Ainda assim, a cobertura vacinal apresentou melhora nos índices em comparação aos anos anteriores, e no Rio Grande do Sul o valor é menor que o encontrado no Brasil no mesmo período. Diante dessa realidade, é importante investir em campanhas de vacinação juntamente com medidas de educação do público geral sobre HPV, evidenciando a importância da prevenção contra o câncer de colo de útero.

Referências.

1. Leto MGP, Júnior GFS, Porro SM, Tomimoti J; Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas; In: An Bras Dermatol 2011;86(2):306-17.
2. Derchain SFM, Sarian LOZ; Vacinas profiláticas para o HPV; In: Rev Bras Ginecol Obstet 2007;29(6):281-4.
3. Zardo GP, Farah FP, Mendes FG, Franco CAGS, Molina GVM, Melo GN, Kusma SZ; Vacina como agente de imunização contra o HPV; In: Ciência & Saúde Coletiva 2014;19(9):3799-3808.

TRABALHOS

2. DETECÇÃO DE DNA DE PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM URINA E SECREÇÃO CÉRVICO-VAGINAL

Tássia Callai¹, Amanda Kühl¹, Bruna Oliveira Lago¹, Jane Dagmar Pollo Renner²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*amandakuhl1@outlook.com

Introdução. A infecção pelo vírus papilomavírus humano (HPV) é a doença sexualmente transmissível mais frequente na população sexualmente ativa.⁵ A grande maioria das infecções envolvendo os vários tipos desse vírus é eliminada pelo sistema imune e não desenvolve sintomas no hospedeiro.³ No entanto, um subconjunto de infecções persistentes, que estão relacionadas com a incidência da infecção pelo HPV de potencial oncogênico, geram uma lesão precursora de carcinomas no colo uterino.³ A identificação precoce de HPV, bem como a sua caracterização é de grande importância no diagnóstico e acompanhamento dos casos considerados positivos e é possível pelos avanços biotecnológicos atuais, através de métodos moleculares que apresentam uma alta sensibilidade e especificidade, como técnicas reação em cadeia da polimerase (PCR).¹ No presente estudo, objetivava-se detectar o vírus HPV por PCR em amostras de urina de mulheres e comparar com a detecção de HPV em amostras cérvico-vaginais.

Metodologia. Foi realizada uma pesquisa transversal e observacional em que foram coletadas amostras de urina e de fluido cérvico-vaginal de 16 mulheres atendidas no Sistema Integrado de Saúde (SIS) de Santa Cruz do Sul. Foi realizado um questionário clínico-epidemiológico com as mulheres que assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido, com informações sobre idade, estado civil, doenças sexualmente transmissíveis, escolaridade e infecção por HPV. A extração do DNA das amostras cervico-vaginais e da urina seguiram o protocolo utilizado um kit de purificação do DNA genômico Wizard®, seguindo-se as instruções do fabricante. A solução obtida que contém o DNA extraído foi estocada a -20°C, até ser utilizada na reação de amplificação. Para detecção do HPV, foi utilizado um conjunto de iniciadores genéricos MY09/11.

Resultados. Apenas uma das amostras foi positiva quanto à presença de HPV. As mulheres participantes têm idade entre 22 e 69 anos, 62% delas são casadas, 15,38% são viúvas, 15,38% são divorciadas e 7,7% são solteiras. No que diz respeito a cor da pele, 77% são brancas e 23% são negras. Do total, 70% delas nunca tiveram ferida no colo do útero, 77% nunca tiveram infecção por HPV, 46% afirmaram usar pílula anticoncepcional,

7,7% fazem uso de preservativos, 38% já tiveram alguma doença sexualmente transmissível, 93% não fumam. Nenhuma das pacientes usa DIU ou faz reposição hormonal, assim como nenhuma estavam grávidas no momento da entrevista. Das mulheres entrevistadas, apenas 1 relatou sangramento após relações sexuais e também apenas 1 relatou sangramento pós menopausa. Com relação à escolaridade 63% possuíam ensino fundamental incompleto, 15% ensino fundamental completo, 7% ensino médio incompleto e 15% ensino médio completo. Quanto número de parceiros, 77% tiveram entre 1 e 2 parceiros, 15% tiveram entre 3 e 4 parceiros e 8% tem mais de 5 parceiros. Em relação ao número de filhos, 30% têm 1 filho, 30% têm mais de 3 filhos e 40% têm 2 filhos. Em relação ao início da vida sexual, a idade variou de 14 a 65 anos.

Discussão. O perfil epidemiológico prevalente entre as participantes do estudo foi de mulheres casadas, que nunca tiveram ferida no colo do útero, nunca tiveram infecção por HPV, não são tabagistas e tiveram número reduzido de parceiros sexuais durante a vida. Esse perfil pode justificar a baixa detecção de infecção por HPV nas amostras analisadas, visto que, principalmente, um número elevado de parceiros sexuais está relacionado a uma maior incidência de adquirir essa infecção. Apenas uma amostra cérvico-vaginal foi positiva quanto a presença de infecção por HPV, mas a amostra urinária da mesma paciente não mostrou o mesmo resultado. Em decorrência do pequeno número de amostras não se pode chegar a conclusões absolutas, mas a literatura confirma uma menor eficácia do método com amostras urinárias do que com amostras cérvico-vaginais para detectar HPV.

Conclusão. Foi detectado o vírus HPV em apenas uma das amostras nas amostras cérvico-vaginais e na sua equivalente urinária não foi detectado o vírus. Estudos com um número maior de mulheres deverá ser realizado para comprovar a eficácia da detecção do HPV em amostras de urina, comparado com as amostras cérvico-vaginais.

Referências.

1. CASTRO, T. M. et al. Detecção de HPV na mucosa oral e genital pela técnica PCR em mulheres com diagnóstico histopatológico positivo para HPV genital. Revista Brasileira de otorrinolaringologia, v. 75, p. 167-171, 2009.
2. GERBER. Oral human papillomavirus (HPV) infection in HPV-positive patients with oropharyngeal cancer and their partners. Journal of Clinical Oncology, p. JCO. 2014.55. 1341, 2013.
3. LETO, M. G. P. et al. Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 86, n. 2, p. 11, 2011.
4. MARTINS, C. M. R. et al. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento

TRABALHOS

- brasileiro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2007.
- NADAL, S. R. et al. Sistematização do atendimento dos portadores de infecção perianal pelo papilomavirus humano (hpv). Revista brasileira de Coloproctologia, Vol. 24, N°4, 2004.
 - NEHA, P. et al. Accuracy of urinary human papillomavirus testing for presence of cervical HPV: systematic review and meta-analysis. The British Medical Journal. 2014.
 - OLIVEIRA, G. R. et al. Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2013.

3. EFICÁCIA DA IMUNIZAÇÃO CONTRA HEPATITE B EM ESTUDANTES VACINADOS DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

Tássia Callai,¹ Alice de Moraes Baier,¹ Angelina Bopp Nunes,¹ Jane Dagmar Pollo Renner,² Rita de Cássia Tomazzi³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Aluna da Pós-Graduação em Análises Clínicas e Toxicológicas. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*tassiacallai@hotmail.com

Introdução. A hepatite B (HB) é uma doença infecciosa causada pelo vírus da hepatite B (VHB), o qual é transmitido pela via sanguínea e por meio de fluidos corpóreos (sêmen, fluido vaginal e saliva). A vacina contra a hepatite B é altamente eficiente e segura. Uma resposta imunológica protetora é considerada eficaz quando a vacina induz a formação de anticorpos contra o HBsAg (Anti-HBs) em níveis séricos ≥ 10 mUI/ml, analisados em ensaio imunoenzimático. O risco de transmissão do vírus da hepatite B (VHB) aos profissionais e estudantes da área de saúde é cerca de três a cinco vezes maior que na comunidade, tornando-se um grupo com elevado risco de exposição ao VHB e sendo imprescindível a vacinação como forma de prevenir possível contaminação. O presente estudo objetiva analisar a eficácia da imunização da vacina contra a hepatite B através do marcador sorológico anti-HBs em indivíduos vacinados matriculados nos cursos da área da saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Metodologia. Foi realizado um estudo descritivo-analítico transversal e observacional, onde foram incluídas 243 amostras de indivíduos que realizaram a vacina para a Hepatite B. Desses participantes, 22 alunos eram do curso de Estética e Cosmetologia, 61 alunos do curso de Farmácia, 9 alunos

do curso de Enfermagem, 45 alunos do curso da Medicina e 106 alunos do curso de Odontologia da UNISC. As técnicas sorológicas foram realizadas no Laboratório de Bioquímica e Imunologia da UNISC.

Resultados. A idade dos participantes variou de 17 a 39 anos, tendo como média de idade 20 anos. O sexo feminino (82,3%) predominou em relação ao sexo masculino (17,7%). Das 243 amostras, 190 amostras foram reagentes para o anti-HBs, 8,4% receberam uma dose, 17,9% receberam duas doses, 62,6% receberam três doses e 2,1% receberam três doses mais o reforço. No total, de 133 estudantes que receberam as 3 doses da vacina, 85,4% foram imunizados.

Discussão. O estudo realizado demonstra que, dos estudantes que começaram o esquema de vacinação, 78,2% estão imunizados. Destes, 62,6% dos estudantes apresentaram o esquema vacinal completo (3 doses), com 85,4% de imunidade. Isso pode ser devido ao esquema de vacinação ter sido aplicado na infância ou nos primeiros semestres da universidade, já que a maioria estava no 2º e 3º semestres. Não foram imunizados 14,6% dos estudantes que realizaram as 3 doses da vacina, o que pode ter sido devido ao modo de conservação da vacina, local da aplicação, sexo, idade, tabagismo, doenças autoimunes, peso maior que 70 kg, obesidade, fatores genéticos e condição nutricional e imunológica. A prevalência dos estudantes imunizados que completaram as 3 doses da vacina contra hepatite B teve uma frequência elevada, mas inferior a 90% que é o determinado pelo Ministério da Saúde.

Conclusão. A prevalência dos estudantes imunizados que completaram as 3 doses da vacina contra hepatite B teve uma frequência elevada, mas inferior em relação a determinada pelo Ministério da Saúde. Como os profissionais e estudantes da área da saúde estão expostos a um risco maior de adquirir a infecção pelo VHB que a população geral, deve-se instituir e manter programas de imunização, a fim de, abranger um maior número de pessoas imunizados e assim, reduzir substancialmente a suscetibilidade a contaminação.

Referências.

- Carneiro GGVS, Cangussu MCT. Prevalência presumível, cobertura vacinal, conhecimentos e atitudes relativos à hepatite B em graduandos de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Rev Odontol UNESP 2009;38(7):7-13.
- Saffar H, Ajami A, Saffar MJ, Shojaei J, Sotudeh-Anvari M, Shams-Esfandabad K et al. Prevalence of hepatitis B virus seromarkers in young adults vaccinated at birth; impact on the epidemiology of hepatitis B infection in iran. Hepat Mon 2014;14(5):e17263.
- Centers of Diseases Control and Prevention [homepage na internet]. Hepatitis B: Epidemiology and Prevention of Vaccine-

TRABALHOS

Preventable Diseases [acesso em 14 Jun. 2016]. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hepb.html>>.

- Poorolajal J, Mahmoodi M, Majdzadeh R, Nasseri-Moghaddam S, Haghdoost A, Fotouhi A. Long-term protection provided by hepatitis B vaccine and need for booster dose: a meta-analysis. *Vaccine* 2010;28(3):623-31.
- Osti C, Machado JM. Vírus da hepatite B: avaliação da resposta sorológica à vacina em funcionários de limpeza de hospital-escola. *Ciênc. saúde coletiva* 2010;15(1):1343-48.

4. ESCORE DE DELIRIUM E PREDITORES INDEPENDENTES AVALIADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL ESCOLA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Nágila Simon Ziebell,^{1*} Daniela Moraes,¹ Augusto Hinterhotz,¹ Fernanda Schuh Martins,¹ Mariana Almudi,¹ Rafael Botelho Foernges²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médico Intensivista. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

* nagilaziebell@hotmail.com

Introdução. Delirium é a manifestação de uma alteração neuropsiquiátrica aguda, que comumente ocorre em pacientes críticos e está relacionado com o aumento da morbimortalidade, do tempo de hospitalização, de custos e do declínio cognitivo. O diagnóstico de delirium pode ser feito através de instrumentos que classifiquem os pacientes de forma sistemática, como os escores. O método Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) já foi validado na literatura para o diagnóstico de delirium em ambiente de terapia intensiva. Consiste na avaliação de quatro características da alteração do estado mental: início agudo ou curso flutuante do quadro de alteração mental; falta de atenção; alteração do nível de consciência; e pensamento desorganizado ou incoerente. Dada a relação entre morbimortalidade do paciente crítico e delirium, buscou-se conhecer a realidade da incidência dessa entidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desse estudo, bem como comparar os resultados da aplicação do escore de delirium CAM-ICU com o manejo atual da UTI, e avaliar se há relação entre o escore positivo para delirium com outros dados dos pacientes.

Metodologia. O presente estudo teve caráter longitudinal observacional prospectivo. Foi realizado entre agosto e novembro de 2015, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Adultos do Hospital Santa Cruz (HSC) em Santa Cruz do Sul - RS. Avaliou diariamente todos os pacientes internados de

forma não cegada, excluindo-se menores de 18 anos, sedados profundamente ou em coma, curto período de internação (óbito antes da aplicação do escore) ou inviabilidade da entrevista. O protocolo do estudo consistiu na aplicação do método validado de avaliação de delirium, o escore CAM-ICU. O desfecho primordial do estudo era a comparação entre os resultados da aplicação do CAM-ICU com o manejo atual da UTI. Como desfechos secundários foram avaliados: escores de gravidades como APACHE II e SAPS 3; dias de internação hospitalar; duração de dias em ventilação mecânica e mortalidade geral dos pacientes. A análise estatística foi realizada através do programa estatístico SPSS (IBM) para os cálculos estatísticos. As variáveis independentes foram analisadas através do teste *T student*, considerando *p* significativo < 0,05. O desfecho bruto foi avaliado através do teste do *Chi-Squares* com *p* < 0,001. Como regressão logística, utilizamos o método *Backward*.

Resultados. De todos os pacientes admitidos no período da pesquisa na UTI, 192 fizeram parte da pesquisa, aplicando-se nestes o instrumento de avaliação de delirium CAM-ICU. Esse escore demonstrou que a incidência de pacientes para delirium foi de 36,5%. A amostra consistiu em 62,5% do sexo masculino, a idade variou de 18 a 93 anos e teve média de 64,93 ± 15,938. Dos doentes com escore de delirium positivo, a média de idade foi 69,61 ± 15,533, enquanto a dos pacientes com CAM-ICU negativo foi 62,24 ± 15,601 sendo esta diferença estatisticamente significativa (*p* = 0,002). O uso de fármacos utilizados para o tratamento do delirium, prescritos sem o uso da ferramenta CAM-ICU, foi empregado em 75 (39%) dos pacientes, dos quais 55 (73,3%) tiveram escore de delirium positivo. Dos 117 pacientes que não fizeram uso de nenhum desses medicamentos, 15 (12,8%) foram positivos para delirium. A utilização ou não de medicação para tratar delirium foi significativa (*p* < 0,001) quando comparada entre os pacientes com CAM-ICU positivo e negativo. Dos pacientes, 42,8% ficaram em ventilação mecânica (VM). A média de dias em VM foi de 1,33 ± 3,254. Aqueles com escore de delirium positivo, a média foi de 2,94 ± 4,681 dias, com máximo de 23 dias. Já os que tiveram delirium negativo, a média de dias em VM foi 0,40 ± 1,659 com máximo de 14 dias, diferença estatisticamente significativa entre os grupos (*p* < 0,001). Fizeram uso de algum tipo fármaco analgésico e/ou sedativo durante sua internação na UTI 65 pacientes (33,8%). Desses, 37 (56,9%) tiveram delirium e 28 (43,1%) não tiveram. Dos 127 (66,2%) pacientes que não usaram analgossedação, 33 (26%) tiveram delirium e 94 (74%) não tiveram. Verificou-se associação significativa entre os pacientes com CAM-ICU positivo ou negativo e a utilização ou não de sedação com *p* < 0,001. Os escores de gravidade SAPS 3 e APACHE II tiveram médias de 47,06 ± 14,766 e 14,07 ± 7,732, respectivamente,

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

sendo maiores quando o CAM-ICU era positivo, ambos com $p < 0,001$. A média do escore SAPS 3 foi de $53,68 \pm 14,81$ nos pacientes que tiveram delirium. No escore APACHE II, nos pacientes com CAM-ICU positivo a média foi de $17,78 \pm 8,28$. A média de dias de internação foi de 9,22 e variou de 1 a 44 dias. O tempo médio de internação dos pacientes com delirium foi $13,45 \pm 9,976$ dias e de $7,67 \pm 5,975$ dias nos pacientes sem delirium. Essa diferença foi estatisticamente significativa, com $p = 0,001$. A regressão logística teve como variável dependente a ferramenta diagnóstica "CAM-ICU" (escore positivo = delirium) e como variáveis, ou preditores independentes: idade, SAPS 3 e dias de internação. O número total de óbitos no estudo foi de 35 (18,2%) pacientes. A taxa de mortalidade no grupo com delirium foi de 40% e 5,7% para o grupo sem delirium. A diferença absoluta de mortalidade entre os grupos foi de 34,3%, apresentando significância estatística com $p < 0,001$.

Discussão. As variáveis incluídas como desfechos secundários neste estudo tiveram resultados condizentes com os encontrados na literatura e estão embasados por associações estatisticamente significativas em todas análises univariáveis. Nosso estudo verificou que a chance de um paciente apresentar resultado positivo pelo escore CAM-ICU aumenta em 3,6% para cada ano adicional na idade. Esse resultado vai ao encontro da literatura, que descreve risco maior quanto mais avançada é a idade, mesmo quando outros fatores são excluídos. Idosos, devido à vulnerabilidade sistêmica, manifestam resposta neuroinflamatória amplificada, visto que possuem aumento da produção de mediadores pró-inflamatórios e diminuição do nível de mecanismos de proteção. O delirium também parece estar relacionado com maior tempo de hospitalização e alguns estudos o classificam como um preditor independente de maior tempo de permanência no hospital. No nosso estudo foi possível observar que, para cada dia de internação, os pacientes tinham risco 10,1% aumentado de apresentar o escore de delirium positivo. Esta variável foi preditora independente de delirium em nosso estudo. Outros estudos também demonstram que o desenvolvimento delirium é um fator que pode predispor à estadia longa no hospital. O risco de desenvolver delirium aumenta em nosso estudo quanto maior for a pontuação no escore de gravidade SAPS 3. Os escores de gravidade auxiliam na avaliação de pacientes em condição mais críticas e consequentemente maior número de disfunções orgânicas. A literatura atual é nítida ao associar de forma diretamente proporcional a ocorrência de delirium à gravidade do paciente. Nosso estudo verificou aumento de 4,6% na chance de apresentar resultado positivo no CAM-ICU para cada ponto adicional no SAPS 3, também constituindo-se em preditor independente de delirium. Já relacionado ao outro escore de

gravidade analisado em nosso estudo, o APACHE 2, a análise multivariável demonstrou que esse escore não teve poder de prever delirium como o SAPS 3. Entretanto, na análise univariável, esse escore também associou-se a presença de delirium. Quanto mais grave o paciente pelos escores SAPS 3 e APACHE II maior foi a incidência de delirium em nosso estudo. Sabendo que o nosso serviço utiliza menos benzodiazepínicos do que outras unidades, pode-se explicar a exclusão da sedação de forma genérica como preditora de delirium em nosso estudo. Muito provavelmente a associação verificada na análise pelo *test t*, que indica uma maior incidência de delirium nos pacientes que usaram sedação, deva-se à gravidade do paciente e não a essa variável, como demonstrado pela análise multivariável. Com significância estatística na análise univariada, dias em VM foi associado a delirium em nosso estudo, resultado também condizente com outros estudos que a consideraram fator de risco para apresentar delirium. Os pacientes que tiveram CAM-ICU positivo também tiveram maior mortalidade quando comparados aos pacientes com o escore negativo. Sabe-se que a disfunção cerebral aguda é uma importante preditora de mortalidade, principalmente em UTI, de forma independente. Nossos dados vão ao encontro da literatura, de mostra uma mortalidade maior entre os pacientes que desenvolveram delirium do que aqueles que nunca desenvolveram.

Conclusão. O estudo mostrou que todas as variáveis descritas foram fatores relacionados ao delirium, significância estatística, sendo a idade, o uso de medicação para tratar delirium, dias em VM, sedação, escores de gravidade SAPS 3 e APACHE II, tempo de internação e mortalidade. Tais achados tornam nosso estudo robusto para tecer conclusões a cerca dessa entidade nosológica tão prevalente no meio de cuidados de pacientes internados em UTI.

Referências.

1. Mori S, Kashiba KI, Silva DV, Zanei SSV, Whitaker IY. Confusion assessment method to analyze delirium in intensive care unit. Literature review. Rev Bras Ter Intensiva 2009;21(1):58-64.
2. Sousa-Muñoz RL, Tagushi LC, Martins GCCS, Andrade MR, Lima KMSR. Prevalence and factors associated with delirium occurrence in hospitalized adults. Rev Bras Clin Med 2012;10(4):285-90.
3. Thomason JW, Shintani A, Peterson JF, Pun BT, Jackson JC, Ely EW. Intensive care unit delirium is an independent predictor of longer hospital stay: a prospective analysis of 261 non-ventilated patients. Crit Care 2005;9:R375-81.
4. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. Intensive Care Med. 2007;33:66-73.
5. Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes JH. Occurrence of

TRABALHOS

- delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Med* 2009;35(7):1276-1280.
6. Cosentino T, Biatto J, Souza I, Dutra M, Ilnicki L, Martins P, Schettino G, Machado F. Performance of SAPS 3 in predicting delirium among critically ill patients. *Critical Care* 2012;16(Suppl 1):P339.
 7. Shehabi Y, Riker RR, Bokesch PM, Wisemandle W, Shintani A, Ely EW. Delirium duration and mortality in lightly sedated, mechanically ventilated intensive care patients. *Crit Care Med* 2010;38(12):2311-2318.
 8. Pisani MA, Kong SY, Kasl SV, et al: Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180(11):1092-1097.

5. PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Camila Nunes Venâncio Pasetto^{1*}, Crisley Piva¹, Fabiani Waechter Renner²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*camila.pasetto@gmail.com

Introdução. O fator de maior importância para a sobrevivência e qualidade de vida da criança é o seu estado de saúde ao nascer. A idade gestacional e o baixo peso ao nascer determinam os prognósticos da prematuridade, devido à relevância na maturidade de vários sistemas em recém-nascidos prematuros. Assim, a prematuridade é uma adversidade relacionada às altas taxas de mortalidade e pelos riscos que pode acarretar no desenvolvimento dos recém-nascidos. A morbimortalidade neonatal em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento é determinada principalmente, pelos diversos fatores de risco relacionados com as condições gerais de vida e o acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, o conhecimento das características de um grupo populacional contribui para a redução dos índices dos indicadores de saúde, principalmente o coeficiente de mortalidade infantil, as quais decorrem de problemas durante a gestação, parto e nascimento. O conhecimento do peso fetal contribui para a avaliação da probabilidade de morbimortalidade neonatal. Partindo dessas reflexões, questionou-se qual é o perfil dos neonatos admitidos em uma UCI (Unidade de Cuidados Intermediários). Este estudo teve por objetivo caracterizar a morbidade dos recém-nascidos internados em uma UCI do sul do Brasil, nos seis primeiros meses do ano de 2016. O peso

ao nascimento e a idade gestacional são considerados fatores de risco determinantes da evolução do neonato. Dessa forma, optou-se por verificar a associação de tais fatores com causa/motivo da admissão e tempo de internação.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal descritivo quantitativo, a partir do livro de registros dos RN internados na UCI do Hospital de Santa Cruz do Sul (HSC). A população de estudo foram os 149 neonatos, desses foram analisados 138 internados na UCI do HSC. O critério de exclusão foi realizado nas fichas de acompanhamento que não informavam o peso ao nascer e/ou idade gestacional e/ou prontuários com informações incompletas que não possibilitassem a caracterização do RN. A coleta de dados foi realizada diretamente a partir dos livros de registro, no período entre janeiro a junho de 2016. Foi utilizado um formulário próprio incluindo variáveis relacionadas à idade gestacional, dias de vida do RN, período de internação e a patologia de base do neonato. Para identificação do grau de prematuridade utilizou-se a como referência a idade gestacional de nascimento conforme a classificação de Accioly, Saunders e Lacerda qual considera prematuridade limitrofe: os recém-nascidos entre 37 e 38 semanas; prematuridade moderada: os recém-nascidos entre 31 a 36 semanas; e prematuridade extrema: os recém-nascidos entre 24 e 30 semanas. Para o processamento eletrônico e pré-análise, os dados foram codificados, digitados em planilha do software Microsoft Excel 2010.

Resultados. Dos 138 neonatos admitidos na UCI e analisados no período de janeiro a julho de 2016, 41,30% eram recém-nascidos (RNs), com 0 dias de vida o restante 58,69% apresentaram uma idade que variou de 1 a 117 dias. A média do peso de internação dos RNs foi 2.708 gramas. A permanência na internação mostrou-se mais frequente no período de 1 a 7 dias, com uma média de 7,72 dias sendo que o tempo de internação não ultrapassou 30 dias. A média da idade gestacional (IG) foi de 35,27 semanas, variando entre uma idade mínima de 25 semanas e máxima de 41 semanas, ainda em relação a idade gestacional observou-se uma maior ocorrência no período de 31 a 36 semanas (n=70), seguida pelo período acima de 37 semanas (n=58) e no período de 24 a 30 semanas (n=10). Relacionando a IG com o tempo de internação observamos que 83,33 % RNs internados no período de 1 a 7 dias apresentaram IG superior a 37 semanas, aqueles que permaneceram por 8 e 20 dias mostraram-se mais frequente no grupo com IG superior a 37 semanas (56,06%), seguidos pelos com IG entre 31 e 36 semanas (39,39%), entre os internados por período maior que 20 dias, 75% apresentam IG entre 30 e 24 semanas. No que se refere ao motivo da internação dos RNs na UCI, a causa mais comum foi a prematuridade (46,37%), sucedida da síndrome do desconforto respiratório (16,66%), distúrbios infecciosos (9,42%), hipoglicemia (6,52%), distúrbios

TRABALHOS

gastrointestinais (2,89%), doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (2,89%), icterícia (2,89%) e distúrbios cardíacos (0,72%), outras causas incluindo internação por motivos protetivos, ganho de peso, fototerapia, término de tratamento, ou devido a mãe encontrar-se internada na Unidade Terapia Intensiva (UTI) representaram juntas 11,64%. Em relação a correlação do peso e IG com a causa/motivo da internação observou-se que a maior parte dos internados devido a prematuridade tinham um peso inferior a 2.500g (n=46) e IG que variava de 31 a 36 semanas (n=54). Já entre os neonatos admitidos por motivo de desconforto respiratório a maior frequência foi observada entre 2.500 a 4.000g (n=16) e IG igual ou superior a 37 semanas (n=19). Nos admitidos com algum distúrbio infeccioso a maior parcela encontrava-se com peso variando entre 2.500 a 4.000g (n=10) e a IG igual ou superior a 37 semanas (n=8). Os RNs que apresentaram peso entre 2.500 a 4.000g em sua maior parte ficaram internados por um período de 1 a 7 dias (81,42%), os RNs com peso inferior a 2.500g ficaram com maior frequência internados no período de 1 a 7 dias (49,15%), para o mesmo grupo com peso inferior a 2.500g o período subsequente variou de 8 a 20 dias (42,37%).

Discussão. Constatou-se através do estudo que a prematuridade foi a principal causa das internações neonatais. Nesse contexto, verificou-se que o nascimento prematuro é um notável problema de saúde perinatal sendo o mesmo observado em nossos serviços locais e corroborado com estatísticas mundiais. A literatura é unânime ao considerar, que a prematuridade é a maior causa de mortalidade neonatal no Brasil. O baixo peso ao nascer (BPN) decorre da prematuridade e/ou do retardo no crescimento intra-uterino e está associado à cerca de 4 milhões de mortes neonatais anuais que ocorrem no mundo, a maioria delas em países em desenvolvimento. Além disso, a prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores determinantes da morbidade neonatal, de infecções, de maiores taxas de hospitalização. Conforme Arrué (2013), apesar dos avanços da perinatologia nos últimos anos, a prematuridade continua sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, representando um dos maiores desafios para o fornecimento de uma assistência profissional de qualidade. Isso confere à prematuridade um importante papel nos óbitos infantis e, portanto, torna seu controle e manejo adequado a intervenções potencialmente efetivas para a redução desta mortalidade. A segunda causa de admissão na UCI, foi a síndrome do desconforto respiratório, a qual ganha respaldo na literatura sendo com frequência verificada. Segundo Mello, os distúrbios respiratórios são frequentes em prematuros e constituem importante fator de mortalidade e morbidade na infância, sendo grandes responsáveis por reinternações nos primeiros meses ou anos de vida. Entre os determinantes estudados, observa-se o

papel da idade gestacional e do peso ao nascer. Na análise univariada, o elevado risco de morbidade nos RN com menos de 2.500 g possivelmente está relacionado com a pouca idade gestacional. Mesmo após o ajuste por meio da regressão logística, com variáveis de todos os níveis de determinação, o peso inferior a 2.500 g e a idade gestacional equivalente a 35,27 semanas mantiveram-se como importantes fatores de risco para morbidades neonatais. Moreira e colaboradores apontam que o baixo peso ao nascimento pode ser considerado um indicador geral de saúde devido aos diversos fatores a ele correlacionados. No que diz respeito ao tempo de hospitalização verificou-se através do estudo que quanto maior for o tempo de internação menor a idade gestacional e o contrário também é válido quanto menor tempo de internação maior é a IG.

Conclusão. A elaboração e implementação de práticas assistenciais voltadas para a redução de nascimentos com IG e peso muito reduzidos podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população e redução dos custos com o atendimento altamente especializado. Estudos adicionais são necessários para confirmar ou não os achados da presente pesquisa e para esclarecer outros aspectos e variáveis não investigados. A realização de novas pesquisas nessa área é importante não apenas para nortear as ações em saúde, mas também para avaliar as práticas assistenciais e identificar as possibilidades de melhoria do cuidado a esta população.

Referências.

1. Arrué, Andrea Moreira, et al. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da UFSM* 3.1 (2013): 86-92.
2. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81(1):111-8.
3. Freire, Djacyr Magna Cabral, José Guilherme Cecatti, and Cláudio Sérgio Medeiros Paiva. "Correlation between estimated fetal weight by ultrasound and neonatal weight." *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* 32.1 (2010): 4-10.
4. Lemos RA, Frônio JS, Neves LAT, Ribeiro LC. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de follow-up. *Rev APS* 2010;13(3):277-90.
5. Padilha JF, Farinha LB, Mattos KM, Gasparetto A. Caracterização da saúde materna em Santa Maria, RS. 2005-2009. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 jan/abr [acesso em 2012 jun 30];2(1):79-87. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4082/3129>>
6. Varaschini, Geicele Baumhardt, Patrícia Molz, and Camila Schreiner Pereira. "Perfil Nutricional de Recém-Nascidos Prematuros Internados em uma UTI e UCI neonatal." *Cinergis* 16.1 (2015).

TRABALHOS

6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE JULHO DE 2016

Ludimila Müller de Moraes,^{1*} Bianca Weber Pereira,¹ Letícia Zuffo Ozelame,¹ Fabiani Waechter Renner²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*myla.muller.m@hotmail.com

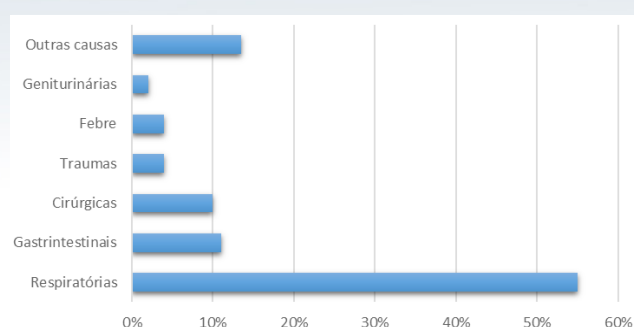
Introdução. Conhecer o perfil das internações pediátricas de uma população pode favorecer ações de prevenção e promoção de saúde mais eficazes, reduzindo o número de hospitalizações. Nesse contexto, para planejar planos terapêuticos e estratégias de saúde tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, é de extrema importância o prévio conhecimento da população que se está atendendo, podendo assim otimizar e agilizar os atendimentos e também reduzir custos desnecessários para o sistema de saúde. Este trabalho teve como objetivo analisar as principais causas de internações na ala pediátrica no período de julho de 2016, além da faixa etária, do sexo e do tempo de internação mais prevalentes na unidade de saúde.

Metodologia. Realizou-se um estudo transversal retrospectivo das internações na ala pediátrica de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através do sistema MV2000i presente na unidade de saúde.

Resultados. Houve um total de 162 internações durante o mês de julho, sendo 53% do sexo masculino e 47% do sexo feminino. Em relação à faixa etária, 75% dos pacientes tinham até 1 ano de vida. A faixa etária variou de 59 dias a 12 anos. O período de internação variou conforme a doença e a idade, sendo que 71% duraram menos de 7 dias, 29% duraram 7 dias ou mais, e 18% permaneceram internadas em um período de até 24 horas. A causa mais frequente de internação na ala pediátrica esteve relacionada ao sistema respiratório (55%), subdividida em pneumonias/broncopneumonias (39%), bronquiolites (31%), asma (17%) e infecções de vias aéreas superiores (13%, incluindo amigdalite, sinusite, otite média aguda e laringofaringite). Em segundo lugar, sobressaíram as afecções do sistema gastrointestinal (11%), sendo % relacionado à gastroenterite aguda, além de 2 casos de anemia nutricional e 1 caso de alergia à proteína do leite de vaca. As demais causas de internação mais importantes foram os procedimentos cirúrgicos (10%), predominando apendicectomias e adenoamigdalectomias, os episódios de febre (4%, sendo 1 caso de convulsão febril), os traumas (4%),

as infecções do trato urinário (2%) e as internações por outras causas de menor prevalência, mas não menos importantes, correspondendo a 14% do total de internações.

Tabela 1. Causas das internações mais prevalentes.



Discussão. Os meses de inverno estão relacionados, em grande parte, com o aparecimento de doenças respiratórias, se apresentando na forma de quadros agudos ou de exacerbação de quadros crônicos. A literatura relata que a bronquiolite é a doença respiratória aguda grave mais frequente em lactentes e crianças pequenas. Dos lactentes com bronquiolite, 1 a 3% necessitarão de internação hospitalar, principalmente durante os meses de inverno.¹ Esses relatos vão ao encontro dos dados coletados pelo trabalho, evidenciando um perfil epidemiológico bastante fidedigno durante os meses de inverno. Evidencia-se como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças respiratórias na infância o clima, a poluição, o convívio com tabagistas, bem como as aglomerações, dando destaque para as creches. No Rio Grande do Sul (RS), a taxa de mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos por infecções respiratórias representa 5,2%. Embora a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) tenha reduzido de forma significativa nas crianças menores de 1 ano, a maioria dos óbitos está relacionada às doenças do sistema respiratório.² Os grupos que apresentam maior risco para doenças respiratórias são os pacientes com história de prematuridade, baixo peso ao nascer (menos de 2500g) e portadores de doença pulmonar crônica, cardiopatia congênita e malformação de vias aéreas superiores.

Conclusão. Concluiu-se que as internações por doenças respiratórias de crianças e adolescentes constituiu mais da metade do número de internações. Essas internações apresentaram padrão de distribuição dependente da faixa etária e da alteração climática, sendo mais prevalentes em pacientes de até 1 ano de vida e com números de internações bastante elevados no período do inverno.

Referências.

- HAY, W. W. et al. CURRENT pediatria: diagnóstico e tratamento. 22. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

TRABALHOS

2. Prato MIC, Silveira A, Neves ET, Buboltz FL. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., v.14, n.1, p 33-9, julho 2014.
3. Piva et al. Doenças obstrutivas de vias aéreas inferiores na criança: Bronquiolite viral aguda e Asma Aguda.
4. CROCETTI, Michael; BARONE, Michael A. (Coord.). Oski: fundamentos de pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 816 p.

7. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Allana Maychat Pereira Oliveira,^{1*} Marcele de la Rocha Paschoal,¹ Sabrina Pedrotti,¹ Anna Carolina Flores Mariath,¹ Jaqueline Brivio,¹ Joana Weschenfelder Porn,¹ Lia Gonçalves Possuelo²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*allanamaychat@gmail.com

Introdução. A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* ou Bacilo de Hansen. Doença de evolução lenta, manifesta-se, principalmente, através de lesões dermatológicas. Observa-se um total de 27568 casos registrados no Brasil e, destes, a região Sul representa, aproximadamente, 3,8%. O diagnóstico deve ser realizado o mais precocemente possível e os casos confirmados devem ser compulsoriamente notificados. O tratamento é poliquimioterápico, baseado no número de lesões cutâneas apresentadas pelo paciente.¹ Por se tratar de uma doença negligenciada, é de grande importância a abordagem do tema no meio acadêmico, uma vez que possui grande potencial de eliminação.² Este trabalho, portanto, tem como objetivo analisar a prevalência da hanseníase na Região Sul do país quanto ao sexo, à faixa etária e à quantidade de lesões.

Metodologia. Realizou-se um estudo ecológico, com a avaliação de dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), onde foram avaliados casos de hanseníase notificados na Região Sul do país no período de 2013 a 2015. A partir dessa base de dados foram avaliadas as variáveis qualitativas – sexo e faixa etária – e quantitativa – quantidade de lesões. O cálculo da prevalência de hanseníase foi realizado utilizando-se o número de casos notificados de hanseníase em cada estado dividido pelo total da população. A prevalência foi expressa em número de casos por 10.000 habitantes. Os dados levantados foram tabulados em planilha Excel e os resultados expressos em coeficiente de

prevalência na forma de tabelas e gráficos.

Resultados. Observa-se que na Região Sul há uma prevalência de 677 casos por 10.000 habitantes no sexo masculino, enquanto no sexo feminino a prevalência é de 386 casos por 10.000 habitantes, ou seja, a frequência é maior em indivíduos do sexo masculino. Sendo, então, desses 522 homens e 262 mulheres no estado do Paraná, 78 homens e 53 mulheres em Santa Catarina e 67 homens e 68 mulheres no Rio Grande do Sul. Ao analisar a presença de lesões de pele decorrente da hanseníase, nota-se na Região Sul a prevalência de 45 casos classificados com nenhuma lesão, 56 casos com lesão única, 405 casos que apresentam de duas a cinco lesões, 268 casos que apresentam mais de cinco lesões cutâneas, por fim, 279 casos ou foram considerados ignorados ou o campo estava em branco na notificação. A maior prevalência de hanseníase ocorreu no estado do Paraná com um total de 784 casos por 10.000 habitantes. Outro fator observado é que, nos estados de Paraná e Santa Catarina, a frequência de casos com duas a cinco lesões cutâneas é maior que as demais categorias apresentadas, enquanto no estado do Rio Grande do Sul a prevalência é maior nos casos em que há mais de cinco lesões de pele. Nota-se que houve discrepância entre os estados quanto aos casos que não apresentaram lesão, sendo mais frequente no estado do Paraná, que apresenta uma frequência de 35 casos, enquanto Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentam, respectivamente, seis e quatro casos. Ademais, nos casos com lesão única o mesmo padrão é observado, possuindo um total de 56 casos os quais apresentam lesão única, sendo desses 43 no estado do Paraná, oito em Santa Catarina e cinco casos no estado do Rio Grande do Sul. Analisa-se a prevalência de 48 casos por 10.000 habitantes no ano de 2013, 147 no ano de 2014 e 858 no ano de 2015, na Região Sul. Observa-se na Região Sul a prevalência de 16 casos por 10.000 habitantes na faixa etária entre quinze e dezenove, 150 casos na faixa etária de 20 a 34 anos, 268 casos na faixa etária de 30 a 49 anos, 408 casos na faixa etária de 50 a 64 anos, 175 casos na faixa etária de 65 a 79 e, por fim, 24 na faixa etária de 80 anos ou mais.

Discussão. Ao analisar os dados, observamos que a prevalência sempre é maior no estado do Paraná e que no mesmo houve um incremento nos últimos anos na quantidade de casos em consonância com o estudo de,³ que aponta a alta prevalência nesse estado. Em contraponto, o estudo de⁴ destaca um aumento discreto nos dados, no período avaliado, enquanto no presente trabalho observamos que há um incremento abrupto dos casos, em especial no estado do Paraná. Já ao analisarmos a prevalência entre os estados de acordo com o sexo, constatamos que no estudo de⁵ foi observado maior prevalência no sexo feminino no estado de Santa Catarina, o que vai de encontro com os dados levantados neste trabalho,

TRABALHOS

tendo em vista que há uma maior prevalência no sexo masculino em dois dos três estados da Região. Sendo, então, o único estado que há uma prevalência no sexo feminino, o estado do Rio Grande do Sul, em consonância ao estudo de.⁶ O estudo⁷ também indica que há uma maior prevalência de homens, o que corresponde aos dados encontrados, sendo o único ponto que necessita uma ressalva a predominância do sexo feminino no estado do Rio Grande do Sul, que de acordo com esse estudo também seria predominante o sexo masculino. Um ponto de discordância com o estudo⁶ foi a faixa etária mais prevalente, tendo em vista que nesse levantamento de dados foi obtida faixa superior a do estudo citado.

Conclusão. Em dois dos três estados da Região Sul há uma frequência maior no grupo do sexo masculino, excetuando-se o estado do Rio Grande do Sul que apresenta um maior número na população feminina. Observa-se, ainda, que há uma maior prevalência no estado do Paraná. A maior concentração dos casos na Região Sul encontra-se no grupo que apresenta de duas a cinco lesões. Em toda a região, nota-se um aumento progressivo da prevalência dos casos. Há maior prevalência de casos na faixa etária de 50 a 64 e observa-se ainda uma grande frequência na faixa etária de 35 a 49 anos.

Referências.

1. Saúde M da. PORTARIA CONJUNTA Nº 125, DE 26 DE MARÇO DE 2009 - Define Ações de controle da hanseníase [Internet]. 2009. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html
2. Vigilância S De. Epidemiológico. 2016;47.
3. Silva-sobrinho RA. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010 2010;24(1300):507-16.
4. Martelli CMT, Stefani MM de A, Penna GO, Andrade ALSS de. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. Rev Bras Epidemiol [Internet] 2002;5(3):273-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X200200030006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
5. Felipe L, Blanco DO, Mounzer N, Cassiano C, Veronezi D. Artigo / Article Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007 Epidemiological profile of leprosy patients in the extreme south of Santa Catarina between 2001 and 2007. Rev Soc Bras Med Trop 2011;44(1):79-84.
6. Aerts APK, Alves R, Farias E, Mortari P. Pacientes com hanseníase no RS: perfil epidemiológico [Internet]. 2005. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/60108>
7. Castro SS de, Santos JPP, Abreu GB, Oliveira VR, Fernandes LFRM. Leprosy incidence, characterization of cases and

correlation with household and cases variables of the Brazilian states in 2010. An Bras Dermatol [Internet]. 2016;91(1):28-33. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4782643&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

8. PREVALÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE DA UNISC PARA HEPATITE B

Francieli Daronco,^{1*} Tássia Callai,¹ Clairton Edinei dos Santos,² Lutiane Soares Friedrich,³ Danielly Joani Bullé,⁴ Jane Dagmar Pollo Renner^{4,5}

¹Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Acadêmico do curso de Ciências Biológicas. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Acadêmica do curso de Farmácia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴Docente do curso de Farmácia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*francieli_dala@hotmail.com

Introdução. A hepatite B continua a ser um importante problema de saúde pública em nível mundial.³ Suas principais complicações são a cirrose e câncer hepáticos, podendo também ocorrer hepatite aguda, infecção crônica inaparente (estado de portador) e hepatite crônica.⁵ O risco de transmissão do vírus da hepatite B (VHB) aos profissionais da área de saúde é cerca de duas a dez vezes maior que na comunidade, tornando-se um grupo com elevado risco de exposição ao VHB e sendo imprescindível a vacinação como forma de prevenir possível contaminação.⁴ A vacina recombinante contra a Hepatite B é altamente imunogênica e protetora.⁴ Uma resposta protetora é considerada eficaz quando a vacina induz a formação de anticorpos contra o HBsAg (Anti-HBs) em níveis ≥ 10 mUI/ml em ensaio imunoenzimático.⁴ A imunização da vacina contra hepatite B, com uma série completa de três ou quatro doses, tem induzido uma resposta protetora em mais de 90% dos adultos e em mais de 95% das crianças e adolescentes saudáveis.¹ A eficácia da vacina decresce gradativamente após os 40 anos de idade.² Além disso, a obesidade, o estresse, o tabagismo e o etilismo também são fatores associados a uma menor eficácia vacinal.⁴ A vacinação é composta de três doses (administradas ao zero, um e seis meses), ou quatro (em zero, um, dois e 12 meses). O presente estudo pretende avaliar a imunidade da vacina da hepatite B nos estudantes dos cursos de Medicina e Estética e Cosmetologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Metodologia. Foi realizado um estudo descritivo-analítico

TRABALHOS

transversal e observacional, onde foram incluídas 66 amostras de estudantes que realizaram a vacina para hepatite B no período de agosto a setembro de 2014. As técnicas sorológicas foram realizadas no Laboratório de Bioquímica e Imunologia Clínica da UNISC.

Resultados. Dos 66 estudantes que realizaram a vacina para Hepatite B, 50 deles foram reagentes para o anti-HBs. Desses 50 estudantes, 6% receberam uma dose, 16% receberam duas doses, 70% receberam três doses e 6% receberam as três doses mais o reforço. Quarenta e um estudantes receberam as três doses da vacina e apresentaram 85,4% de Anticorpos anti-HBV.

Discussão. Cerca de 15% dos estudantes vacinados não foram reagentes para o anti-HBs, o que pode estar relacionado a uma resposta insuficiente (ocorreu aumento dos anticorpos, mas ainda não está com valor acima de 10 mUI/ml) ou até mesmo uma não resposta (a dose da vacina não causou desenvolvimento de imunidade). Além disso, muitos estudantes não completaram as três doses da vacina, que quando realizadas, permitem o desenvolvimento de altos títulos de anticorpos protetores em mais de 95% das pessoas vacinadas. A prevalência dos estudantes imunizados que completaram as 3 doses da vacina contra hepatite B teve uma frequência elevada, mas inferior a 90% que é o determinado pelo Ministério da Saúde.

Conclusão. Como os profissionais e estudantes da área da saúde estão expostos a um risco maior de adquirir a infecção pelo VHB que a população geral, deve-se instituir e manter programas de imunização, a fim de, abranger um maior número de indivíduos imunizados e assim, reduzir substancialmente a suscetibilidade a contaminação.

Referências.

1. ALBUQUERQUE, E. J et al. Eficácia e segurança da vacina brasileira contra hepatite B em recém-nascidos. *Revista de Saúde Pública*, v.43, n.6, 2009.
2. VRANJAC, A. et al. Vacina contra hepatite B. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.6, 2006.
3. CARNEIRO, G. G. V. S.; CANGUSSU, M. C. T. Prevalência presumível, cobertura vacinal, conhecimentos e atitudes relativos à hepatite B em graduandos de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. *Revista de Odontologia da UNESP*, v.38, n.7, p.7-13, 2009.
4. OSTI, C.; MACHADO, J.M. Vírus da hepatite B: avaliação da resposta sorológica à vacina em funcionários de limpeza de hospital-escola. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n. 1, p.1343-1348, 2010.
5. SAFFAR, H. et al. Prevalence of Hepatitis B Virus Seromarkers in Young Adults Vaccinated at Birth; Impact on the Epidemiology of Hepatitis B Infection in Iran. *International Monthly Journal in the Field of Hepatology*, 2014.

9. RASTREAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTES DE CAMPOS BORGES

Angelina Bopp Nunes,^{1*} Alice de Moraes Baier,¹ Tássia Callai,¹ Flávia Drum Bertani,² Jane Dagmar Pollo Renner³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Aluna da Pós-Graduação em Análises Clínicas e Toxicológicas. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* angelina_bopp_nunes@hotmail.com

Introdução. A sífilis é uma doença infecciosa de caráter sistêmico e de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal (vertical). Estima-se que no Brasil a prevalência média de sífilis em parturientes varie entre 1,4% e 2,8%.² A sífilis materna não tratada determina o abortamento espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer, óbito fetal, óbito neonatal e as lesões e complicações da sífilis congênita. A ação mais consistente para controle dessa doença está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil.^{3,4} O objetivo desse estudo foi verificar a efetiva realização de exames sorológicos para sífilis no pré-natal de gestantes que frequentaram a Unidade Básica de Saúde de Campos Borges – RS.

Metodologia. Estudo transversal e retrospectivo, em que foram verificados os resultados do VDRL (Sífilis), do soro das gestantes que foram encaminhadas ao laboratório no período de março de 2013 a dezembro de 2013, para realização de exames de rotina do pré-natal através da Unidade Básica de Saúde de Campos Borges/RS. Foram coletados dados de prontuários como idade da gestante, trimestre de gestação e os resultados dos exames do VDRL (Sífilis). Foram realizadas análises descritivas no software SPSS v.20.0.

Resultados. O estudo incluiu 50 gestantes que fizeram pré-natal na Unidade Básica de Saúde de Campos Borges, porém 8 (16%) abandonaram o pré-natal. Os motivos do abandono foram relatados como mudança de cidade em 37% das gestantes, aborto espontâneo em 25%, aborto induzido em 13% e causas não justificadas em 25% dos casos. Das 42 gestantes que realizaram o pré-natal, 45,2% estavam na faixa etária entre 21 e 30 anos, a idade média das gestantes foi de 26,47 (DP±7,54). No que refere ao número de consultas realizadas pelas gestantes no pré-natal, 61,9% das gestantes realizaram 5 ou mais consultas e a média do número de consultas foi de 4. A frequência do exame VDRL para detecção de sífilis foi analisada nas gestantes e 45,2% realizou pelo

TRABALHOS

menos uma vez durante o pré-natal. Somente 7,1% das gestantes realizaram exame VDRL três vezes ou mais.

Discussão. O perfil etário das gestantes desse estudo indica que nesse grupo a sífilis ocorre em pacientes jovens, semelhante ao encontrado em outros estudos.⁴ A maioria das pacientes relatou acompanhamento pré-natal (84%), taxa semelhante ao observado na literatura.⁵ A maioria das pacientes (61,9%) realizou cinco ou mais consultas no pré-natal. Essa taxa é semelhante à encontrada em um estudo realizado no município de São Luiz, Bahia⁶ e semelhante ao indicado pelo Ministério da Saúde, que preconiza assistência pré-natal com no mínimo seis consultas com profissionais de saúde.¹ O teste sorológico VDRL deve ser realizado no primeiro trimestre da gestação, repetido no terceiro trimestre gestacional e no momento do parto. Nessa pesquisa apenas 7,1% das pacientes realizaram os três testes sorológicos preconizados, dado que indica falhas na atenção primária. A taxa de abandono ao pré-natal observada foi de 16%.

Conclusão. A partir desses resultados, pode-se verificar que apesar do número de consultas pré-natal ser adequado, o teste sorológico VDRL não está sendo repetido durante a gravidez. A Sífilis congênita é considerada como evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, sua relativa simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico. A obtenção de melhores resultados requer mudanças assistenciais e dependem de esforços contínuos do Estado, dos municípios e dos profissionais de saúde envolvidos.

Referências.

1. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
2. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis - United States, 2003-2008. MMWR Morbid Mortal Wkly Rep 2010;59:413-7.
3. Wolf T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009;150:710-6
4. Campos, Ana Luiza de Araujo, et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. saúde pública 26.9 (2010):1747-1755.
5. Wolf T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services
6. Coimbra, Liberata C, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública 37.4 (2003): 456-62

10. TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO DE PACIENTES EM AMBULATÓRIO DE OBESIDADE INFANTIL

Angélica Cristine Feil¹, Nágila Simon Ziebell¹, Fabiana Assmann Poll², Marília Dornelles Bastos²

¹Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Nutrição. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*angelicafeil@gmail.com

Introdução. O aleitamento materno não é somente o ato de nutrir uma criança, ele proporciona melhora da defesa do organismo contra infecções, traz benefícios no desenvolvimento físico, cognitivo e psíquico do bebê, além de aprimorar o vínculo entre mãe-filho.¹ Devido a todos os benefícios já comprovados cientificamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a United Nations Children's Fund (UNICEF) e o Ministério da Saúde do Brasil preconizam que a amamentação com leite materno seja exclusiva desde o nascimento, preferencialmente já na primeira hora de vida, na sala de parto até os seis meses de vida. Após esse período deve ser associada com alimentos complementares.¹⁻³ Apesar da importância, o aleitamento materno sofre diversos desafios, deixando as taxas muito aquém do esperado. Esse quadro pode ser revertido com o preparo adequado de profissionais para prestar assistência às mães, fomentando a promoção e o apoio ao aleitamento materno.¹ Ademais, o leite materno tem o mecanismo de *imprinting* metabólico, alterando o número de adipócitos e seus tamanhos, pode induzir o fenômeno de diferenciação metabólica, além de possuir o hormônio leptina, que inibe o apetite e as vias anabólicas e estimula as vias catabólicas.⁴ Esse processo leva a prevenção da obesidade tanto na vida infantil quanto na adulta, o que é perdido quando a criança sofre desmame precoce.⁴ Dessa maneira, o objetivo do estudo é verificar o tempo de aleitamento materno exclusivo e complementado de pacientes que participam de um Ambulatório de Obesidade Infantil, além de averiguar o uso de fórmula infantil e o início de consumo de leite de vaca.

Metodologia. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, retrospectivo, de natureza qualitativa e quantitativa. A amostra foi composta por crianças e adolescentes com excesso de peso (percentil acima de 95) que foram atendidas em um Ambulatório de Obesidade Infantil de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes, nos quais contavam questões informadas pelos responsáveis sobre tempo de aleitamento materno exclusivo, complementado,

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

idade de início de fórmula infantil e de leite de vaca. O período analisado foi de março/2015 a agosto/2016.

Resultados. A amostra é composta por 60 crianças e adolescentes com excesso de peso que frequentam o Ambulatório de Obesidade Infantil. Trata-se de 36 meninos e 24 meninas com média de idade de 7,47 anos (mínimo de nove meses e máximo de quinze anos). O peso médio ao nascer dos pacientes foi de 3517 gramas. Do total, sete pacientes não informaram o tempo de aleitamento materno exclusivo, 8,33% não tiveram aleitamento materno exclusivo, 3,33% receberam por menos de um mês, 26,67% foram amamentados por mais de seis meses, sendo que a mediana de tempo de aleitamento materno exclusivo foi de quatro meses. O tempo médio de aleitamento complementado foi de 17,9 meses; porém, 10% não receberam essa complementação e 20 pacientes não prestaram essa informação. Quanto ao uso de fórmula infantil, 60% dos pacientes não fizeram uso e 13,33% iniciaram com menos de um mês de vida. Em relação à introdução de leite de vaca na dieta, a média de idade foi de 10,9 meses, sendo que dois pacientes iniciaram o seu consumo com menos de um mês de vida e 28,33% com menos de seis meses.

Discussão. Nossa amostra não foi amamentada com leite materno exclusivo pelo tempo preconizado.¹ Isso demonstra que essas crianças não receberam anticorpos para uma série de doenças infectocontagiosas, além de não terem recebido a devida proteção contra uma série de alérgenos^{1,5} e ter deixado de ser estimulado o contato pele a pele da mãe com o bebê.⁶ Vários estudos demonstram que a amamentação reduz a morbimortalidade infantil, diminuindo, principalmente quadros diarreicos.⁷ Além do aspecto imunológico imediato, o leite materno confere proteção para o aumento dos níveis de colesterol e da glicemia na vida adulta e também tem efeito protetor contra a hipertensão arterial e a obesidade.^{1,5,8} Ademais, o leite materno tem na sua constituição todos os elementos necessários para que a nutrição do bebê seja exclusiva com ele até os seis meses, sendo necessária a complementação somente após esse período.^{1,4,5} Sabe-se que após os seis meses ele ainda mantém seus benefícios, sendo estimulada sua manutenção até 24 meses de vida,¹ o que também ficou abaixo na nossa amostra (17,9 meses). Em casos em que seja estritamente necessária sua substituição (mães soropositivas para o HIV, por exemplo), pode-se lançar mão de fórmulas infantis.¹ Elas são elaboradas tentando-se simular o leite materno, porém sua composição nutricional diferente tanto quantitativa quanto qualitativamente dele. Ademais, o leite da mãe possui diversos fatores bioativos, como hormônios (insulina, esteroides adrenais, T3 e T4) e fatores de crescimento, que não são encontrados nas fórmulas infantis.⁴ Nota-se que apenas uma parcela pequena necessitou seu uso

com menos de um mês de vida e que 60% não a utilizaram, o que pode ser positivo. Contudo, observou-se que 28,33% utilizaram leite de vaca com menos de seis meses e que a idade média de início do consumo foi de 10,9 meses. O leite de vaca deve ser evitado durante o primeiro ano de vida, visto que possui um baixo teor de ferro, predispondo a anemia, além de ter um risco maior de causar alergias alimentares, distúrbios hidroeletrólíticos e predispor a um futuro excesso de peso e suas complicações.¹

Conclusão. O estudo demonstrou que pouco mais de um quarto dos pacientes desse Ambulatório de Obesidade Infantil recebeu aleitamento materno exclusivo pelo tempo considerado ideal. Sendo o aleitamento de suma importância para o desenvolvimento adequado da criança em seus vários aspectos, suscitamos uma relação entre o inadequado aleitamento materno com obesidade e outras morbidades na adolescência e na vida adulta. Desse modo, salienta-se a relevância de se estimular a amamentação materna, expondo-a como forma de proteção, não devendo ser substituída por outros tipos de nutrição até os seis meses de vida.

Referências.

1. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Cadernos de Atenção Básica - nº 23 2013.
2. De Abreu FCP, Marski BSL, Custódio N, Carvalho SC, Wernet M. Aleitamento materno do prematuro em domicílio. Texto Contexto Enferm 2015;24(4):968-75.
3. Pinheiro JMF, Menezes TB, Brito KMF, De Melo ANL, Queiroz DJM, Sureira TH. Prevalência e fatores associados à prescrição/ solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. Rev Nutr 2016;29(3):367-375.
4. Balaban G, Silva GAP. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. Jornal de Pediatria 2004;80(1):7-16.
5. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2005;115(2):496-506.
6. Soares JPO, Novaes LFG, De Araújo CMT, Vieira ACC. Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa. Rev. CEFAC. 2016; 18(1):232-241.
7. Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding a Systematic Review on the Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2013.
8. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding a Systematic Review. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2013.

TRABALHOS

11. TENDÊNCIA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ASMA DE ACORDO COM FAIXAS ETÁRIAS EM SANTA CRUZ DO SUL, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Alice Lopes de Almeida,^{1*} Thiago Luiz Marini,¹ Clauceane Venzke Zell²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*alice-lopessdealmeida@hotmail.com

Introdução. A asma, doença inflamatória crônica das vias aéreas, está vinculada à hiperresponsividade dessas a estímulos que seriam inócuos em pessoas normais. Esse processo inflamatório suscita a obstrução ao fluxo aéreo intrapulmonar, dispondo como resultado manifestações clínico-funcionais características, como dispneia, sibilos, opressão torácica e tosse. Outrossim, caracteriza-se como uma das doenças crônicas mais prevalentes mundialmente, a qual afeta crianças e adultos, tornando-se um problema global de saúde e acometendo cerca de 300 milhões de pessoas. No Brasil, estima-se que existam, aproximadamente, 20 milhões de asmáticos e, segundo o DATASUS, ocorrem cerca de 350.000 internações por asma anualmente. As últimas estimativas brasileiras, entretanto, observam uma queda no número de internações e de mortes por asma, uma vez que entre 2000 e 2010 o número de internações foi reduzido em 49%. Ainda assim, um percentual muito grande da população asmática brasileira encontra-se em tratamento incompleto, visto que a disponibilização de terapêutica adequada aos asmáticos é restrita em muitos locais do país. Este estudo, destarte, objetiva descrever e analisar o número de internações hospitalares por asma de acordo com faixas etárias em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, de 2008 a 2015, comparando esse com as estimativas brasileiras.

Metodologia. O estudo apresenta caráter descritivo, quantitativo e retrospectivo, analisando-se agregados de série temporal entre 2008 e 2015, cujos dados sobre o número de internações hospitalares de acordo com faixas etárias foram pesquisados na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Resultados. O número de internações hospitalares por asma em menores de 1 ano variou de 0 em 2011 a 18 em 2008, tendo número médio de 8,75 internações. Os resultados descritos permitem mostrar curva de internações variável, apresentando-se predominantemente decrescente, entretanto, com alguns pontos de elevação, como em 2010, 2012 e 2015. O número de internações hospitalares por asma entre crianças de 1 a 4 anos variou de 28 em 2011 a 55 em 2008, tendo número médio

de 42 internações. Os resultados descritos permitem mostrar uma curva de internações decrescente de 2008 a 2011 e, após, crescente, com apenas um ponto de rebaixamento em 2014. Já o número de internações hospitalares por asma entre crianças de 5 a 9 anos variou de 7 em 2011 a 30 em 2015, tendo número médio de 15,75 internações. Os resultados descritos permitem demonstrar curva de internações decrescente de 2008 a 2011 e, após, crescente, com apenas um ponto de rebaixamento em 2013. Por fim, o número de internações hospitalares por asma em pessoas acima de 10 anos variou de 1 em 2014 a 7 em 2012, tendo número médio de 3,88 internações. Os resultados descritos permitem demonstrar curva de internações relativamente constante, com seus maiores pontos de elevação em 2012 e 2015.

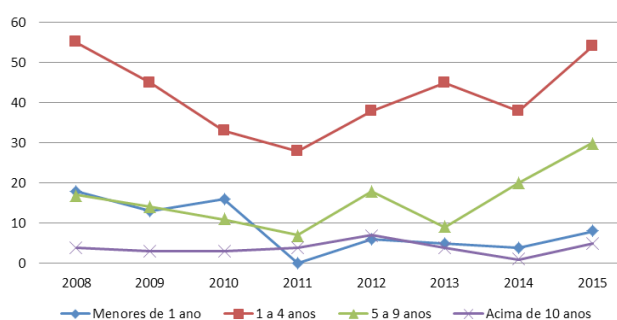


Figura 1. Número de internações hospitalares por asma, de acordo com faixas etárias, em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, entre 2008 e 2015.

Discussão. Os resultados do estudo permitem demonstrar padrão descendente de internações hospitalares por asma em Santa Cruz do Sul para crianças de 0 a 9 anos de 2008 a 2011, o que se assemelha às últimas estimativas brasileiras. A observância, contudo, do aumento incomum do número de internações hospitalares por asma para essa faixa etária a partir do ano de 2011 contraria demasiadamente as estimativas nacionais. A falha de abrangência da atenção primária em saúde aos pacientes asmáticos em Santa Cruz do Sul, assim como a má adesão ao tratamento ambiental e farmacológico e a elevação da incidência de infecções virais, são hipóteses possíveis para tal advento. Por sua vez, as internações hospitalares por asma em Santa Cruz do Sul para pessoas acima de 10 anos entre 2008 a 2015 mantiveram-se relativamente estáveis, o que demonstra estagnação das medidas de saúde preventivas ao paciente asmático em tal contexto.

Conclusão. Os dados descritos, logo, permitem a evidência da importância da atenção primária à saúde na redução do número de internações hospitalares por asma e o planejamento de políticas públicas de saúde que objetivem a redução da

TRABALHOS

morbimortalidade dessa patologia, como o desenvolvimento de medidas de tratamento mais abrangentes à população asmática. Ademais, o estudo permite antever resultados e impulsionar a realização de pesquisas subsequentes para o estabelecimento do perfil epidemiológico da asma em Santa Cruz do Sul.

Referências.

1. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde [homepage na internet]. DATASUS [acesso em 26 jul 2016]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia [homepage na internet]. Asma [acesso em 26 jul 2016]. Disponível em: <<http://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-asma/>>
3. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma. J Bras Pneumol 2012;38(Supl 1):1-46 [acesso em 08 set 2016]. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo-versao_corrigida_04-09-12.pdf>

12. UROFLUXOMETRIA COMO EXAME AUXILIAR NO DIAGNÓSTICO DE SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

Maria Júlia Prestes Garcia^{1*}, Caroline Barbosa Luchese¹, Carolina Toigo Fossatti¹, Sandro Eduardo Laste², Paulo Roberto Laste²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* mariajuliapg@hotmail.com

Introdução. O fluxo urinário pode ser avaliado por meio do estudo urodinâmico o qual consiste em urofluxometria, estudo fluxo-pressão, cistometria de enchimento e vídeo-urodinâmica. Dentre esses, a urofluxometria é um método diagnóstico amplamente utilizado como teste de rastreamento da obstrução do fluxo vesical. É um exame não invasivo, rápido e simples cujo objetivo principal é obter uma amostra miccional que represente o padrão usual do paciente e fornece dados sobre o armazenamento e o esvaziamento vesical. O exame, além de mensurar o tempo de micção, utiliza dados sobre o fluxo urinário médio, máximo e volume urinário de uma amostra de urina fornecida pelo paciente.¹ A micção normal resulta de uma contração detrusora através do relaxamento esfínteriano, sob um regime de baixa pressão, determinando uma curva lisa e em forma de sino, registrado na fluxometria.² Além disso, a urofluxometria é de suma importância, pois obtém a medida do fluxo urinário como forma de diagnóstico

e exame auxiliar para detectar casos de obstrução do trato urinário inferior.

Metodologia. O estudo é descritivo, transversal e retrospectivo. Foram analisados os prontuários de 258 pacientes, do sexo masculino, na faixa etária de 40 a 90 anos, que realizaram o exame de urofluxometria no período de 1º de janeiro a 31 de agosto de 2016, em um serviço de Urologia no município de Santa Cruz do Sul. Foram avaliados o fluxo médio (ml/s), o fluxo máximo (ml/s) e o volume (ml) urinário. Desses 258 pacientes, 58 (22,4%) foram excluídos do estudo em virtude de apresentarem amostra do volume urinário acima de 550 ml e abaixo de 150 ml.

Resultados. Os dados obtidos no estudo de uma amostra de 200 pacientes foram divididos em nove grupos etários na ordem crescente de 5 em 5 anos sendo a faixa etária de 80 a 85 anos anulada devido à ausência de amostra. Conforme a Figura 1, a faixa etária de 40 até 45 anos (3% da amostra) apresentou uma média de fluxo máximo de 15,5 ml/s; uma média de fluxo médio de 14,3 ml/s e uma média de volume urinário de 298 ml. A faixa etária de 45 até 50 anos (8,5% da amostra) obteve uma média de fluxo máximo de 21 ml/s; uma média de fluxo médio de 10,6 ml/s e uma média de volume urinário de 328,2 ml. No grupo etário de 50 até 55 anos (16,5% da amostra), foi apresentada uma média de fluxo máximo de 18,7 ml/s; uma média de fluxo médio de 10,5 ml/s e uma média de volume urinário de 307 ml. Entre a faixa etária de 55 até 60 anos (20,5% da amostra), foi obtido uma média de fluxo máximo de 17,4 ml/s; uma média de fluxo médio de 9,2 ml/s e uma média de volume urinário de 300,8 ml. No grupo etário de 60 a 65 anos (15% da amostra), foi relatado uma média de fluxo máximo de 16,9 ml/s; uma média de fluxo médio de 9,3 ml/s e uma média de volume urinário de 312,5 ml. A faixa etária de 65 a 70 anos (16% da amostra) demonstrou uma média de fluxo máximo de 15,9 ml/s; uma média de fluxo médio de 8,8 ml/s e uma média de volume urinário de 283,3 ml. O grupo etário de 70 a 75 anos (7,5% da amostra) apresentou uma média de fluxo máximo de 13,8 ml/s; uma média de fluxo médio de 7,5 ml/s e uma média de volume urinário de 240 ml. Na faixa etária de 75 a 80 anos (10,5% da amostra) foi observada uma média de fluxo máximo de 15,2 ml/s; uma média de fluxo médio de 8,1 ml/s e volume urinário médio de 263,5 ml. O grupo etário de 85 a 90 anos (2,5% da amostra) apresentou uma média de fluxo máximo de 20,6 ml/s; uma média de fluxo médio de 5,8 ml/s e um volume urinário médio de 179,2 ml.

Discussão. A importância do exame de urofluxometria consiste na capacidade de avaliar os valores do fluxo como forma de diagnóstico para detectar casos de obstrução infravesical. Entretanto, qualquer dado avaliado pelo fluxo deve ser considerado com restrições, uma vez que é incapaz de diferenciar a causa do fluxo diminuído: obstruções,

TRABALHOS

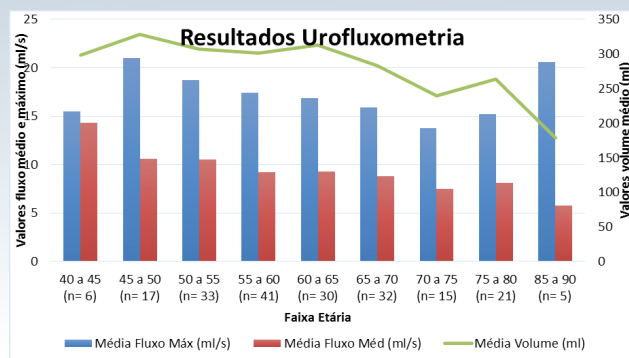


Figura 1. Valores obtidos na urofluxometria conforme faixa etária dos pacientes.

hipocontratibilidade detrusora ou ambas. Para a realização da urofluxometria, o paciente é orientado a realizar a micção quando sentir um desejo vesical normal e o avaliador despreza exames com volumes miccionais abaixo de 150 ml, solicitando que o paciente repita em outra ocasião. Baixos volumes urinados afetam a forma da curva e por isso, apenas volumes superiores a 150 ml devem ser avaliados, evitando assim que interprete de forma equivocada o padrão de fluxo normal.² Padrão intermitente é aquele que tem um ou vários episódios de aumento e diminuição no fluxo e é comumente secundário ao esforço abdominal ou espasmo do esfíncter externo, já o padrão de obstrução apresenta uma curva achatada com tempo de micção prolongada e tempo aumentado para atingir o fluxo máximo. Dentre os dados obtidos no exame, o fluxo máximo (Q_{máx}) é o mais utilizado para fins de orientação diagnóstica e varia de acordo com a idade e o volume de urina eliminado na amostra.¹ Em condições normais, o fluxo máximo é maior que 15 ml/s e é considerado anormal quando o fluxo é inferior a 10 ml/s.^{1,3} Nesse estudo observa-se que,

entre a faixa etária de 45 a 75 anos, os valores de fluxo máximo apresentaram decréscimo e apenas no grupo entre 70 a 75 a média do fluxo máximo ficou abaixo dos recomendáveis 15ml/s. Por outro lado, não se pode descartar obstrução infravesical se Q_{máx} estiver dentro da normalidade, visto que aproximadamente 7% dos pacientes com Q_{máx} superior a 15ml/s apresentam obstrução do trato urinário inferior.^{2,3} Ademais, 25% dos indivíduos com Q_{máx} superior a 15 ml/s urinam à custa de alta pressão detrusora.⁴ Por esses fatores, a urofluxometria não considerada um método adequado para diagnóstico diferencial em pacientes que apresentam sintomas do trato urinário inferior, tampouco diferenciar pacientes normais de anormais.

Conclusão. Amostra analisada apresentou uma média de fluxo máximo dentro dos padrões da normalidade, exceto pelo grupo entre 70 a 75 anos que se encontra abaixo do padrão recomendável. Entretanto, como já discutido, somente a urofluxometria não é capaz de diagnosticar as causas, nem descartar anormalidades obstrutivas do trato urinário inferior, sendo necessária a realização de exames complementares.

Referências.

1. Sogari P, Dambros M, Souto CAV. Avaliação urodinâmica do homem com obstrução não neurogênica do trato urinário inferior. *Revista AMRIGS* 2000;44(3,4):159-163.
2. Chandrapal J, Bowen RC, Patel DP, Le A, Hotaling JM, Southwick AW. High rates of inadequate urine volume cause failure of clinic based uroflowmetry in men with lower urinary tract symptoms. *Urology Practice Journal* 2016;3(4):247-250.
3. Nardoza AJ, Zerati MF, Reis RB. *Urologia Fundamental*. São Paulo: Planmark; 2010.
4. Parsons JK. Benign prostatic hyperplasia and male lower urinary tract symptoms: epidemiology and risk factors. *Curr Bladder Dysfunc Rep* 2010;5(4):212-218.

TRABALHOS

Categoria: Independente Modalidade: Relato de caso

13. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA DETECÇÃO DE HEPATITES VIRAIS E IMUNIZAÇÕES: RELATO DA PARTICIPAÇÃO DO GRUPO PET GRADUASUS EM CAPACITAÇÃO

Felipe Barbosa Busnello,^{1*} Bruno Furini Puton,² Júlia Wernz Roos,³ Vanda Beatriz Hermes,⁴ Raquel Emmel Lopes,⁴ Ana Zoé Schilling⁵

¹ Acadêmico do curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Acadêmica do curso de Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Secretaria Municipal de Saúde. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Docente do curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*felipebusnello@mx2.unisc.br

Introdução. No período que antecede o início das atividades laborais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul desenvolve capacitações em diversas linhas teóricas onde os sujeitos devem possuir no mínimo 75% de frequência. No caso deste relato, durante a capacitação, foram abordadas as questões relacionadas a imunizações de uma forma geral e também a prevenção e detecção das hepatites virais com enfoque maior à hepatite B. Este trabalho objetiva relatar uma experiência vivida por alunos do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) durante uma capacitação para ACS sobre Hepatite B no município. Sabe-se que os ACS são pessoas-chaves na assistência à saúde da comunidade, visto que esses profissionais estão diretamente em contato com a mesma realizando visitas domiciliares, busca ativa para faltosos e orientações básicas. Tal atividade objetivou uma qualificação dessa categoria profissional visando uma melhoria na qualidade da assistência através de ações educativas, fazendo com que os ACSs possam contribuir de forma mais significativa para a prevenção das doenças imunopreveníveis como a Hepatite B.

Descrição do caso. Trata-se de um relato de experiência vivenciado por alunos bolsistas do Projeto PET GraduaSUS, inseridos no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul. Teve como público-alvo os Agentes Comunitários de Saúde, os quais se faziam presentes 12 profissionais, 10 do sexo feminino e 2 do sexo

masculino com diferentes faixas etárias, nas capacitações tanto de imunizações quanto para hepatites virais que fazem parte de um curso introdutório. Os alunos do PET, pertencentes aos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e fisioterapia foram convidados a participar. Os temas apresentados foram sobre as causas, sinais e sintomas, visando a atenção de maneiras a fim de observar e detectar as possibilidades de risco na comunidade, bem como esclarecimento sobre a cobertura vacinal. Durante a capacitação, alguns questionamentos foram feitos pelos ACS tais como métodos de transmissão e maneiras de orientação para a comunidade em relação à busca por mais informações sobre as doenças nas ESFs. Quando questionados a respeito do que se tratava determinadas patologias imunopreveníveis ou mesmo em relação a hepatite B demonstraram alguns conhecimentos de senso comum em relação aos sinais e sintomas, porém, não compreendiam o real significado, sendo notável a insuficiência de compreensão relacionada aos temas propostos fazendo refletir a importância dessa atividade e o impacto que a mesma repercutirá à comunidade, a curto e longo prazo.

Discussão. Partindo do pressuposto que as Estratégias de Saúde da família desenvolvem suas habilidades diferentemente do modelo hospitalocêntrico, adquirindo o modelo de atenção integral, ou seja, investindo na prevenção e na promoção em saúde e não apenas em medidas curativas, vale ressaltar novamente a intromissão crucial dos ACSs nesse meio.¹ Segundo Wartner,² "A cobertura vacinal para prevenção de doenças imunopreveníveis é uma das maneiras de avaliar a eficácia das ações de saúde". O evidenciado pelos autores vem de encontro com a realidade encontrada por nós frente a conduta adquirida na Rede Básica de Saúde onde intenciona a prevenção e a erradicação de doenças imunopreveníveis e de nossas ações educando os ACSs para que possam de certa forma, monitorar o esquema vacinal da população e encaminhar parte dessa que se encontra irregular. Por fim, torna-se muito importante as capacitações a fim de buscar um conhecimento atualizado em relação às situações de risco, tornando o ACS um profissional capacitado para realizar o encaminhamento do usuário para a ESF, possibilitando assim, melhor orientação da comunidade frente às estas patologias. Desta forma, foi possível verificar a necessidade de mais estudos com a temática ACS e imunizações, pois um profissional com olhar crítico e humanizado é capaz de mudar o rumo das coisas.

Referências.

1. Madeira AMF, Paula EC, Nunes FC, Siman JB, Macieira TGR.

TRABALHOS

Oficina de capacitação de agentes comunitários de saúde sobre o calendário vacinal [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; 2015.

2. Wartner AZ. Os agentes comunitários de saúde e a comunidade: um olhar pela comunidade [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2012.

14. ANOMALIAS ANORRETAIS: IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO EM SALA DE PARTO

Victória Teles França,^{1*} Anna Carolina Flores Mariath,¹ Alice Baier,¹ Carolina Meert Merten,¹ Luiz Fernando Maculan Ferreira,¹ Fátima Cleonice de Souza²

¹Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*victoriatfranca@gmail.com

Introdução. As anomalias anorretais são malformações congênitas que envolvem ânus, reto, vias urinárias e genitais. Têm etiologia desconhecida, mas há diversos mecanismos patológicos possivelmente relacionados, como os defeitos na recanalização do tubo intestinal na oitava semana de vida embrionária e a interrupção no suprimento sanguíneo.¹⁻⁴ Caracterizam-se por ser uma importante causa de obstrução gastrointestinal, com alta taxa de morbi-mortalidade em recém-nascidos.³ As malformações anorretais (MAR) apresentam um amplo espectro de doenças que variam desde pequenos defeitos de fácil tratamento e de excelente prognóstico funcional, até anomalias de extrema complexidade, difícil resolução e prognóstico limitado.¹ Estas anormalidades incluem distúrbios obstrutivos completos ou parciais, anomalias de rotação e fixação, bem como duplicações e compressões extrínsecas. Dentre essas malformações está a imperfuração anal, com incidência de 1:1500 a 1:5000 recém-nascidos, com leve predomínio no sexo masculino, sem predileção por raça e em 50 a 60% dos casos ocorrem anomalias associadas.^{1,4,5} O diagnóstico deve ser realizado o mais precocemente possível, pela identificação da síndrome e outras malformações nos primeiros minutos de vida, para que haja planejamento adequado da abordagem a ser adotada, a fim de minimizar as altas taxas de morbi-mortalidade e, ainda, possibilitar um prognóstico funcional adequado. Dessa forma, relatamos o caso de um recém-nascido com imperfuração anal e presença fístula vestibular associada, destacando a importância do diagnóstico precoce na sala de parto.

Descrição do caso. Paciente feminina, recém-nascida de 6 dias, a termo (Capurro: 38 semanas), parto vaginal, APGAR

4/5/7 (necessária reanimação em sala de parto devido a anoxia neonatal leve) e peso ao nascer de 2.496 g. Iniciou no 3º dia de vida vômitos de 'aspecto bilioso' e distensão abdominal com abdome flácido, sem visceromegalias. Regular estado geral, corada, hidratada, acianótica e ictérica. Necessitando O₂ por cateter nasal; saturação de O₂ de 98%. Apresentava ânus imperfurado, com fístula reto-vestibular ampla e pérvia (Figura 1). A radiografia abdominal revelou padrão obstrutivo baixo. Foi realizado cateterização em fístula reto-vestibular com sonda #10 (Figura 2), sem intercorrências, apresentando saída de grande quantidade de fezes e gases. Avaliação cirúrgica pediátrica, não indicou cirurgia orientando manter antibióticoterapia com Ampicilina e Gentamicina e NPO com sonda orogástrica aberta. No 4º dia, apresentava-se estável, sem vômitos e com o abdome bem menos distendido, flácido, depressível, indolor e sem visceromegalias, mantendo-se a conduta. No 5º dia utilizou-se sonda #8, sendo que evacuou 11 vezes pela fístula. Nesse momento, foi liberado dieta com leite materno e observado a aceitação da dieta. Iniciado investigação para Associação de VACTERL/VATER a partir de ecocardio, ecografia abdominal, ecografia de rins e vias urinárias e radiografia de coluna vertebral. No 6º dia, não apresentava distensão abdominal, embora tenha apresentado 3 ml de resíduo borraceo pela SNG?, retornando, então, a dieta NPO. Ecocardio revelou regurgitação tricúspide leve, CIA (comunicação interatrial) moderada, sobrecarga de ventrículo e átrio direitos. Ecografia abdominal e de rins e vias urinárias foram normais. Necessitou receber vitamina K devido coagulograma alterado. O antibiótico foi modificado por Gentamicina devido à resistência por Amicacina. No quarto dia de internação, paciente foi submetida à anorretoplastia sagital posterior (cirurgia de Peña) com correção de fístula reto-vestibular, apresentando-se no pós-operatório afebril e com sinais vitais estáveis. Paciente evolui sem complicações.



Figura 1. Imperfuração Anal.

TRABALHOS



Figura 2. Cateterização da fístula.

Discussão. As MAR são anomalias frequentemente encontradas em recém-nascidos e englobam um grande espectro de malformações.⁶ Sua etiologia ainda não é clara, porém sabe-se que está relacionada à interrupção no desenvolvimento embrionário do sistema anogenital na oitava semana de vida embrionária, com provável origem multifatorial e presença de componente genético.^{1,3} O ânus imperfurado pode associar-se a outras malformações em 60% dos casos. O recém-nascido pode apresentar alterações no trato genitourinário, cardiopatia congênita – presente no relato de caso – atresia esofágica, malformação na coluna vertebral e Síndrome de Down. As de origem genitourinárias são as mais comuns (45 e 50%).⁶ No sexo feminino, o tipo mais frequente é a fístula retovestibular, – presente no caso relatado –, seguida da fístula perineal, persistência da cloaca e da fístula retovaginal.⁵ A pesquisa por malformações congênitas inicia-se no pré-natal com ultrassom de translucência nucal e, posteriormente, ultrassom obstétrico. Já no período neonatal, o diagnóstico deve ser feito precocemente no exame físico, com alterações sugestivas: área anal com camada de epitélio e sem eliminação de fezes (Figura 1), ânus normal coberto por membrana fina e transparente, ausência de abertura anal entre as nádegas ou, ainda, sinais de distensão abdominal progressiva.⁵ O diagnóstico radiológico da imperfuração anal inclui ultrassom abdominal, que ajuda na identificação de malformações associadas. Porém, em 80 a 90% dos casos é realizado com bases clínicas, medindo a distância do fundo cego retal e a pele perineal.^{1,3} As fístulas vestibulares ocorrem quando o reto se liga ao vestíbulo vaginal, à frente do intróito vaginal, uma vez que a porção inferior do reto compartilha uma longa parede em comum com a vagina. Pacientes com fístula retovestibular são comumente diagnosticadas erroneamente com fístulas retovaginais. A maioria das crianças possuem sacro normal e mecanismo esfinteriano adequado.⁷ O tratamento

dessa fístula retovestibular pode ser feito com anorretoplastia sagital posterior em um só tempo, chamada de “mini-Peña”. Nos demais casos, é realizada primeiramente colostomia após o nascimento, e, após 3 a 6 meses, anorretoplastia sagital posterior de Peña.⁸ Cateteriza-se a bexiga com sonda de Foley e coloca-se a criança em posição prona, com a pélvis elevada. A via de acesso é feita através de uma incisão mediana, dividindo o mecanismo esfinteriano em duas porções exatamente iguais de cada lado, cuja extensão varia conforme o tipo de anomalia. A estimulação periódica permite avaliar a força contrátil da musculatura de cada lado da incisão, e, permanecendo-se na linha média, há garantia de que não haverá lesão de nervos. Essa via sagital posterior provoca pouca dor. A antibioticoterapia endovenosa é utilizada por 72 horas, a pomada antibiótica é usada por 10 dias e alta é dada entre 3 a 4 dias. Na segunda semana do pós-operatório, inicia-se o programa de dilatações, após o qual a colostomia deverá ser fechada.⁸ Dessa forma, o diagnóstico precoce das AAR em sala de parto é de extrema importância para que haja planejamento da abordagem cirúrgica definitiva, provendo ânus de localização normal, de calibre e aparência adequados e preservando o máximo da anatomia e função anorretal intrínseca.

Referências.

1. Levitt MA, Peña A. Anorectal malformations: Review. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2007;2:1-33.
2. Romero NC, Carvajal DB, Fernández LC, Ojeda JC. Análisis de 200 casos pediátricos de malformaciones anorectales. *Acta Médica Costarricense* 2010;52(2):109-117.
3. Alves EF, Oliveira JLS, Martins MR. Anomalia anorretal: relato de caso clínico. *Revista UNINGÁ* 2006;(8):41-49.
4. Tenório LA, Filho WFA, Filho HVN. Atresia retal. *Jornal de Pediatria* 1996;72(3):181-183.
5. Santos ER, Caetano FCC, Castro LG, et al. Ânus imperfurado: relato de caso. *Revista Médica de Minas Gerais* 2012;(5):131-133.
6. Taylor CW, Taylor TW, Wood R, Levitt M. Imaging in anorectal malformations: What does the surgeon need to know? *The SA Journal of Radiology* 2015; 19(2):sp.
7. Corman, ML. *Colon and Rectal Surgery*. Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
8. Peña A, Devries P. Posterior Sagital Anorectoplasty: important technical consideration and new applications. *Journal of Pediatric Surger* 1982; 17(6):796-811.

15. ASCARIDÍASE COMO CONDIÇÃO AGRAVANTE DE ENCARCERAMENTO HERNIÁRIO EM LACTENTE

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

Guilherme Leonardo Costa de Moura,^{1*} Marcus Vinícius da Silva Azenha,² Rodrigo Longaray Nothen,¹ Marcio Abelha Martins³

¹ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Cirurgião Pediátrico. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*gmoura@mx2.unisc.br

Introdução. Este relato tem por objetivo descrever um caso raro de hérnia inguinal encarcerada por *Ascaris lumbricoides*. Ademais, este trabalho tem propósito de salientar que as parasitoses devem estar sempre presentes nos diagnósticos diferenciais das patologias médicas devido a sua eloquente epidemiologia. Vale destacar que a ascaridíase é a parasitose por helmintos mais comum no mundo, com uma prevalência mundial estimada de 25% (0.8-1.22 bilhões de pessoas), ou seja, uma em cada quatro pessoas é hospedeiro dessa parasitose. Geralmente, a infecção é assintomática, contudo, sintomas como retardo de crescimento, pneumonite, obstrução intestinal, ou hepatobiliar e lesão pancreática podem sugerir ascaridíase sintomática. Muito mais raro e ainda não documentado em literatura médica, o *Ascaris lumbricoides* pode encarcerar hérnias, consoante o exemplo de descrição deste caso. Em revisão de literatura, outras apresentações raras de ascaridíase foram encontradas e inclui ascaridíase urinária, ascaridíase através vitello patente ducto intestinal, ascaridíase através do tubo de drenagem torácica e ascaridíase intraperitoneal. Em se tratando de hérnias inguinais, elas podem estar presentes já ao nascimento (congênitas) ou surgir em qualquer idade, notoriamente nos primeiros meses ou anos de vida. São definidas como uma tumoração na região inguinal decorrente da protrusão de conteúdo intestinal por um orifício na parede abdominal. Vale ressaltar que é muito comum na infância e sua incidência vem crescendo com a sobrevivência cada vez maior de prematuros de baixo peso, e deve ser operada sem demora devido ao risco de encarceramento. A respeito aos fatores determinantes de hérnias inguinais, já os conhecemos muito bem, e são amplamente mencionados na literatura, a saber: prematuridade, história familiar positiva, constipação, defeitos da parede abdominal, extrofia da bexiga e da cloaca, e doenças congênitas do tecido conjuntivo como a síndrome de Ehler-Damlos e mucopolissacaridoses como a síndrome de Hurler-Hunter.

Descrição do caso. M. E.S, masculino, 1 ano e 30 dias, 10 Kg, natural e procedente de Santa Cruz do Sul. Paciente é admitido no HSC provindo do Centro Materno Infantil devido à protrusão de hérnia inguinal congênita à direita. Pais relatam que há 4 dias iniciou com tosse seca e, desde então, notou-se que hérnia está cada vez mais abaulada em decorrência de esforço

tussígeno. Além do mais, relatam que frequentemente a hérnia fica encarcerada ocasionando desconforto. À inquirição médica, lactente sem alterações em hábitos gastrointestinais, dejeções e diurese presentes e fisiológicas. Nega náuseas e êmeses, aceitando bem dieta via oral, apetente. É filho único, ex-prematuro de 30 semanas, necessitou de internação em UTI/UCI por 54 dias. Ao exame: bom estado geral, alerta, sorridente e ativo, hidratado, anictérico, acianótico, afebril, normocorado. Fontanela anterior normotensa, medindo uma 1 polpa digital. Sinais vitais estáveis: FC: 131 bpm; FR: 32 irpm; T: 36,2°C; SatO₂: 97% em ar ambiente. Otoscopia: sem particularidades. Oroscoopia: hiperemia em orofaringe, ausência de gota pós nasal, placas ou exsudatos de tonsilas. Exame pulmonar: Murmúrio vesicular universal presente, tórax de conformação habitual, expansibilidade preservada, roncros discretos de transmissão, eupneico. Exame cardíaco: precórdio calmo, em posição anatômica, bulhas rítmicas e normofonéticas em 2 tempos sem sopros. Exame do abdome: Globoso, sem cicatrizes, ruídos hidroaéreos presentes e normocinéticos. Na palpação, abdome flácido e normotenso, indolor, sem visceromegalias, espaço de Traube livre, ausência de sinais de irritação peritoneal. Região inguinal: Abaulamento em região escrotal direita, pouco redutível às manobras. À palpação, identifico corpo estranho liso, cilíndrico, alongado e com movimentação em escroto direito no saco herniário encarcerado, compatível com neomatódeo (âscaris). Ectoscopia de escroto: visualização de aparente verme de conformação cilíndrica, com movimentação espontânea em saco herniário. Ausência de sinais flogísticos locais. Região inguinal esquerda sem particularidades. Períneo e região genital: ânus tópico, pênis de tamanho normal para idade, fimose fisiológica, testículos palpáveis em escroto. Extremidades: aquecidas e bem perfundidas, pulsos cheios e simétricos, ausência de edema. Condução: foi prescrito dexclorfeniramina xarope 0,15 mg/kg/dia de 6/6 h e mebendazol 5 ml de 12/12h por 3 dias, solicitado avaliação da cirurgia pediátrica, a qual realizou herniorrafia inguinal direita. A hérnia foi reduzida com certa dificuldade após indução anestésica e corrigida no intraoperatório, destarte, o procedimento transcorreu sem intercorrências, com paciente ganhando alta hospitalar no dia seguinte.

Discussão. Até o momento, não temos relatos conhecidos de encarceramento de hérnia por *Ascaris lumbricoides*. Dessa forma, torna-se de suma importância descrever este caso para conhecimento científico, de modo que comecemos a pensar em parasitoses como fatores determinantes e agravantes de doenças devido à tamanha prevalência desta doença. Deve-se ressaltar que hérnias inguinais em lactentes são quase que na totalidade das vezes redutíveis, assim, o fato de ter ocorrido dificuldade na redução neste específico caso pode ser atribuído à presença do ascaris dentro do saco herniário.

TRABALHOS

Portanto, sugere-se, por esta experiência, que a presença de ascaridíase em conteúdo herniário é um fato agravante de encarceramento e dificultador de redução. Outro fato que cabe à discussão, é a crescente incidência de ascaridíase em faixas etárias pediátricas mais baixas, como nesse caso, paciente de 1 ano e 30 dias de idade. Ademais, um dos sintomas mais relevantes desse paciente era tosse seca, o que poderia sugerir grande carga larvária e migração para o sistema respiratório superior. Quanto à correção cirúrgica da hérnia inguinal, deve-se frisar que é o procedimento cirúrgico mais comum da infância, ocorrendo em 1-2% dos recém-nascidos a termo, sendo mais comum nos prematuros. Além do mais, o encarceramento é a complicação mais frequente, contudo, apresenta considerável redução por manobras em situações usuais, fato este não ocorrido no presente relato, o qual o *áscaris* foi um fator que dificultou a redução. Por fim, deve-se concluir que essa verminose pode ser fator também agravante de estrangulamento e de obstrução intestinal em lactentes.

Referências.

1. Bethony J, Brooker S, Albonico M, Geiger SM, Loukas A, Diemert D, et al. Soil-transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis, and hookworm. *Lancet* 2006;367(9521):1521-32.
2. Dey, R. K., Dey, R., & Saha, R. (2012). Right-sided scrotal ascariasis. *Tropical Parasitology*, 2(1), 80–81. doi: 10.4103/2229-5070.97253.
3. Gabriel Ennio. Hérnia inguinal na infância. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2001 Dec [cited 2016 Sep 02]; 28(6):444-452. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912001000600010&lng=en. doi: 10.1590/S0100-69912001000600010.
4. Rutkow IM, Robbins AW. Tension free inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the "mesh - plug" technique. *Surgery* 1993;114(1):3-8.
5. De Cou JM, Gauderer MWL. Inguinal hernia in young infants with very low birth weight. *Semin Pediat Surg* 2000;9(2):84-87.
6. Dold C, Holland CV. *Ascaris* and ascariasis. *Microbes Infect* 2011;13(7):632-7.

16. ATRESIA ESOFÁGICA ASSOCIADA A OUTRAS MALFORÇÕES DO TRATO GASTROINTESTINAL NA PEDIATRIA

Rodrigo Momberger Roesler,¹ Guilherme Scheibler,^{1*} Marília Dornelles Bastos²

¹ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*guilherme.scheibler@hotmail.com

Introdução. A atresia esofágica é uma doença prevalente que acomete, aproximadamente, 1 a cada 3000 recém-nascidos vivos, com ou sem uma comunicação anormal com a traqueia.¹ Essa anomalia consiste na ausência de uma porção do esôfago,² resultante de um defeito na formação e separação do intestino anterior primitivo em traqueia e esôfago.¹ Esta patologia juntamente com outras malformações do tubo digestivo está associada ao polidrâmnio² ou alterações cromossômicas, por exemplo Trissonomia 13, 18, 21 e 29.¹ A maioria dos casos de atresia esofágica, de 50-70%, está relacionada com outras alterações do trato gastrointestinal,² como má rotação intestinal, ânus imperfurado, atresia duodenal, estenose congênita do esôfago distal (em cerca de 8% dos casos), defeitos no sistema musculoesquelético e malformações do trato genitourinário, destacando-se agenesia renal e rim em ferradura.¹ A classificação da atresia esofágica se baseia na presença ou ausência e na localização da fistula traqueoesofágica, sendo assim classificadas, simplificada, em cinco tipos diferentes: atresia sem fístula, atresia com fístula proximal, atresia com fístula distal, atresia proximal e distal (dupla) e fístula traqueoesofágica em H, sem atresia.¹ Dentre estas apresentações, a atresia com fístula distal é a mais comum, aproximadamente 87% dos casos.⁴ Em face disso, este relato tem por objetivo avaliar as complicações geradas pela doença e seu prejuízo no desenvolvimento de aptidões e no ganho ponderal.

Descrição do caso. Paciente feminina, 2 anos, parda, readmitida em um Hospital Escola do interior do Rio Grande do Sul, com desnutrição crônica, pesando 8100g no momento da internação. Ao nascimento, paciente foi diagnosticada como portadora de uma malformação congênita do trato gastrointestinal, caracterizada por atresia esofágica do tipo C e atresia duodenal, ânus imperfurado e alteração no trato genitourinário, agenesia renal unilateral. Em sequência foi optado por uma correção sequencial devido ao bom estado geral, bom peso ao nascimento e sem cardiopatia congênita significativa, foi realizado, então, esofagoplastia com ligadura de fístula traqueoesofágica, duodeno-duodeno anastomose tipo Diamond shaped e colostomia em duas bocas com fístula da mucosa distal. Após foi realizada correção da má rotação intestinal por um episódio de obstrução, sendo parte da parte da cirurgia a remoção do apêndice cecal. Desde então, a paciente vem sofrendo com dificuldades para a ganho de peso devido às malformações do trato gastrointestinal e pelo ambiente familiar prejudicado, pais separados, e mãe que não alimentava a filha de acordo com os cuidados nutricionais prescritos. Apresenta inúmeros casos de internações anteriores, a grande maioria delas decorrentes de quadros de desnutrição e alguns deles por pneumonia aspirativa, provocado pela hérnia hiatal que gerou um quadro

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

de refluxo gastroesofágico grave. Realizou funduplicatura de Nissen e gastrostomia para diminuir a chance de aspirações e melhorar o quadro de desnutrição (Figura 1). Na internação atual, retornou devido à desnutrição e, segundo os critérios da OMS 2006, apresentava-se abaixo do peso para a idade, necessitando de dieta hipercalórica e hiperproteica. Do ponto de vista estatural, tinha 75 cm e, seguindo os mesmos critérios, encontra-se muito abaixo do tamanho, também estava com otite média aguda direita (OMA), fácies de dor, abdômen globoso e intercalava períodos de febre com afebris. Para realizar um atendimento ideal, foi montado uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistente social (este para agilizar o processo de adoção paterna). A parte nutricional montou uma dieta rica em vitaminas e minerais, isenta de lactose e glúten, 150 ml 3/3 horas pela sonda de gastrostomia, sendo responsável pela recuperação ponderal da paciente que foi de 8100 gramas para 9600 gramas em duas semanas. Foi notado, também, que o desenvolvimento neuropsicomotor estava atrasado para a idade, por exemplo não consegue caminhar sozinha, apenas com alguém lhe dando a mão; não consegue falar muitas palavras, nem compreende o nome de alguns objetos. Além das recomendações já citadas, foi prescrito antimicrobiano para profilaxia de infecção urinária, sendo a cefalexina 250mg/5ml 1 vez ao dia por via oral.

Discussão. A atresia esofágica é uma anomalia congênita caracterizada pela formação incompleta do esôfago, com ou sem comunicação com a traqueia, que normalmente está associada a mais alguma alteração no trato gastrointestinal. Alguns casos, cerca de 10%, dos pacientes têm a síndrome VACTER, que corresponde a alterações nas vértebras, malformações anorretais, defeitos cardíacos, fístula traqueoesofágica, anomalias renais e nos membros – Limbs).¹ Alterações cardíacas associadas, geralmente estão associadas a um pior prognóstico para o recém-nascido, o risco de morte pode chegar a 30%.⁴ A paciente estudada apresenta atresia de esôfago tipo C, com fístula traqueoesofágica distal, atresia duodenal tipo III, anomalia anorectal tipo fístula retovestibular, além de agenesia renal unilateral. Devido a essa associação de anomalias, a maioria dos recém-nascidos com atresia esofágica, irão apresentar sinais e sintomas logo nas primeiras horas de vida. Alguns deles são salivação excessiva, refluxo após as primeiras alimentações, asfixia e cianose, estresse respiratório e incapacidade de conseguir passar o tubo orogástrico.⁴ A suspeita de atresia esofágica ocorre já no pré-natal, quando a ultrassonografia revelar polidramnio, quantidade aumentada de líquido amniótico; coto esofágico proximal dilatado e câmara gástrica bem diminuída, comum em casos de atresias sem fístula. Outro indicativo de atresia esofágica seria a impossibilidade de passar a sonda de

aspiração até o estômago, no momento da sala de parto. Já o diagnóstico radiológico consiste na identificação da distensão do coto esofágico e avaliação da presença ou não de quantidade aumentada de ar no trato gastrointestinal, achado sugestivo de atresia com fístula distal. Assim, deve-se realizar radiografia de tórax de frente e perfil, sem esquecer de sempre avaliar o abdome. Com a introdução de apenas 0,5ml de contraste pode-se identificar o coto esofágico proximal ou pesquisar a presença de fístula do coto proximal. Assim, pode-se suspeitar de uma atresia esofágica, pela associação de polidramnio, quantidade reduzida de líquido no intestino fetal e estômago fetal de difícil detecção ao ultrassom pré-natal.³ O caso relatado neste trabalho consiste em uma atresia esofágica tipo C, ou seja, com a presença de uma fístula traqueoesofágica distal. Este tipo de atresia esofágica é a mais comum, podendo representar cerca de 87% dos casos.⁴ Caracteriza-se por apresentar o segmento proximal do esôfago em fundo cego, geralmente hipertrofiado e dilatado, decorrentes dos esforços fetais em tentar deglutir o líquido amniótico, e a fístula ocorre, normalmente, próximo à traqueia. Os fatores prognósticos relevantes para os pacientes portadores de atresia esofágica, são o peso ao nascer, as condições pulmonares e a presença ou não de anomalias associadas. Aqueles pacientes com peso abaixo de 1800g, complicação pulmonar grave e malformação congênita associada apresentam expectativa de vida em torno de 10-20%.³ Um relato de caso publicado pela Associação Médica Brasileira, realizado na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), demonstrou um caso parecido com o descrito neste trabalho, pois tratava-se de uma atresia esofágica tipo C, entretanto diferia pela presença de malformações cardíacas.⁵ Assim, este relato de caso teve como objetivo demonstrar as malformações frequentemente associadas a atresia esofágica e as complicações que geram para as crianças acometidas.

Referências.

1. Figueiredo SS, Ribeiro LHV, Nóbrega BB, Costa MAB, Oliveira GL, Esteves E, Monteiro SS, Lederman HM. Atresia do trato gastrointestinal: avaliação por métodos de imagem. *Radiol Bras* 2005;38(2):141-150.
2. Gadelha PS, Costa AG, Costa HA, Dantas RL. Malformações do diafragma e tubo digestivo: aspectos diagnósticos. *FEMINA* 2008;36(2):121-124.
3. Costa CD. Malformações congênitas do esôfago. *Rev da Fac de Ciên Méd* 2002;4(1-2):38-44.
4. Hernández JG, Vicente HL. Esophageal atresia: new guidelines in management. *Boletín de la asociación de Puerto Rico* 2010;102(1):33-38.
5. Romagna ES, Oliveira, VF, Ballardin PAZ. Atresia de esôfago – relato de caso. *Arquivos catarinenses de medicina* 2010;39(3):70-72.

TRABALHOS

17. CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: RELATO DE CASO

Felipe Guedes,^{1*} Guilherme Fanti Panno,¹ Matheus Gomes Figueiredo,¹ Vítor Hugo Bertol,¹ Diego Hörbe Neves da Fontoura,¹ Leonardo Silveira Nascimento,¹ Guaraci de Azambuja,² Cynthia Caetano,² Dennis Baroni Cruz²

¹ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*guedesfelipe10@yahoo.com.br

Introdução. Atualmente, o carcinoma renal apresenta-se como a terceira neoplasia que mais acomete o trato geniturinário, ficando atrás apenas do câncer de próstata e de bexiga e responsável por 3% de todos os cânceres nos EUA. O carcinoma renal de células claras é o tipo mais prevalente, representando 70 a 80% de todos os carcinomas renais, e é caracterizado, principalmente, por uma lesão sólida, amarelada, com graus variados de necrose, hemorragia, degeneração cística interna e calcificações. Surge normalmente no epitélio dos tubos contorcidos proximais nos néfrons proximais. Pode ocorrer de forma esporádica ou por anormalidades genéticas hereditárias, ocasionando, em um terço de todos os casos, metástases nos pulmões, ossos, linfonodos regionais, fígado, adrenal, cérebro e pele. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo apresentar o relato de um caso de um carcinoma renal de células claras e discutir os principais aspectos clínicos desta patologia, considerando sua sintomatologia básica, fatores de risco, etiologia, evolução e diagnóstico.

Descrição do caso. Paciente masculino de 63 anos, tabagista, buscou atendimento médico queixando-se de hematúria macroscópica, dor e abaulamento na região lombar. O médico responsável requisitou tomografia computadorizada, a qual indicou lesão expansiva em rim direito, com cerca de 5,5 cm de diâmetro. Feita a ressecção e biópsia, constatou-se a presença de carcinoma renal de células claras (Figura 1). Paciente se recuperou bem da cirurgia. Está há 8 meses em acompanhamento oncológico sem recidiva da doença.



Figura 1. Carcinoma renal de células claras ressecado.

Discussão. O carcinoma de células claras é a neoplasia mais prevalente dentre os diversos tipos de carcinoma renal, tendo 65.000 novos casos e 13.000 mortos nos EUA, crescimento considerável nos últimos 25 a 30 anos, devido a maiores taxas no número de casos diagnosticados. O tabagismo é o principal fator de risco, além de obesidade (particularmente mulheres), hipertensão, terapia estrogênica, doença cística, exposição a asbesto, produtos derivados do petróleo e metais pesados, esclerose tuberosa, falência renal crônica e doenças genéticas como a Doença de Hippel-Lindau. A sintomatologia básica está presente em apenas 10% dos casos da patologia em questão e é caracterizada por dor costovertebral, hematúria e massa palpável na região lombar. Outros sintomas associados são febre, perda de peso, anemia, mal-estar e fraqueza. Vale ressaltar que a hematúria é um dos principais indicadores de anormalidades na função renal para o carcinoma renal e, quando macroscópica, é rapidamente percebida, como é o caso do relato presente nesse trabalho, em que o paciente, por relatar perda de sangue macroscópica, procurou atendimento médico com tempo suficiente que possibilitasse a cura. No entanto, há situações de neoplasias renais malignas que ocasionam metástases sistêmicas, mas estas encontram-se silenciosas ou assintomáticas, com hematúria microscópica. Exemplo disso foi um caso relatado em São Paulo, no qual, ao procurar ajuda médica, o paciente tinha carcinoma renal de células claras em estado muito avançado, com hematúria microscópica, metástases na pele e acabou indo a óbito. O carcinoma renal de células claras apresenta-se como um crescimento maligno de alta capacidade de expansão, proliferando-se, principalmente, para a gordura perirrenal, gordura do seio renal e para o interior das veias renal e cava inferior. Metástases também são bem evidentes, aparecendo majoritariamente nos pulmões (50%), ossos (33%), pele (11%), fígado (8%) e cérebro (3%). No caso relatado, não houve qualquer tipo de metástases. A histopatologia é bem típica, caracterizando-se por células tumorais de aspecto poliédrico, citoplasma amplo, núcleo atípico e nucléolo evidente. Síndromes paraneoplásicas também podem surgir ao decorrer da evolução do carcinoma. As principais são policitemia, hipercalcemia, hipertensão, disfunção hepática, feminização ou masculinização, Síndrome de Cushing, eosinofilia, reações leucemoide e amiloidose. Quanto ao diagnóstico, em caso de suspeita, utiliza-se ultrassonografia e tomografia computadorizada do abdômen, exame de urina e raio-X de tórax. Utiliza-se ressonância magnética principalmente para averiguar a possibilidade de invasão da veia cava inferior por um trombo. Alguns antígenos também são bem característicos do carcinoma renal para que haja um bom diagnóstico. A vimentina, o antígeno epitelial de membrana, a queratina e o antígeno carcinoembrionário são os mais presentes, ao

TRABALHOS

passo que, caso haja positividade para vimentina, queratina e antígeno epitelial de membrana, aumenta consideravelmente as chances para a presença de carcinoma renal. Quanto ao paciente em questão, em decorrência do diagnóstico precoce com tomografia abdominal, obteve-se a cura.

Referências.

1. Alpers CE, Chang A. O Rim. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 921-982.
2. Zamprogna L. Perfil epidemiológico de pacientes com carcinoma de células renais atendidos no Hospital São Lucas da PUCRS. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde – Área de Concentração: Nefrologia] – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2015.
3. Armas LS, Guitart AO, Lovaina EM, Weng AM. Carcinoma renal de células claras en riñón ectópico presacro. Rev cubana med 2011;50(3):333-337.
4. Muglia VF, Prando A. Carcinoma de células renais: classificação histológica e correlação com métodos de imagem. Radiol Bras 2015;48(3):166-174.
5. Paula TA, Silva PSL, Berriel LGS. Carcinoma de células renais com metástase cutânea: relato de caso. J Bras Nefrol 2010;32(2):213-215.

18. DIAGNÓSTICO DE RETINOBLASTOMA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Letícia Trivilin,^{1*} Monique Emanuelli,¹ Leonardo Silveira Nascimento,¹ Clarissa Aires Roza,² Cristina Manera Dorneles,² Dennis Baroni Cruz²

¹Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* leti_tt@hotmail.com

Introdução. O retinoblastoma é um raro tumor maligno que se desenvolve geralmente no período fetal e que tem seu diagnóstico em crianças menores de cinco anos. Essa doença ocorre, pois, há mutações genéticas nos genes RB1 que predis põe o seu aparecimento, assim como o aparecimento de outros tumores não oculares. Em sua maioria são tumores oculares unilaterais, sendo seu diagnóstico mais tardio, com cerca de dois anos de idade, mas podem atingir ambos os olhos, quando o diagnóstico torna-se mais precoce, com a criança por volta dos quinze meses. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa da ocorrência de novos casos de cânceres pediátricos é de cerca de 12.600

casos, somente para o ano de 2016. Além disso, a incidência do retinoblastoma é estimada entre 1:15.000 e 1:20.000 nascidos vivos, tornando-se necessário o diagnóstico e tratamento precoce da neoplasia a fim de que não se desenvolvam metástases ou ocorram óbitos infantis. Esse relato tem como objetivo apresentar um caso dessa rara doença e descrever os primeiros sinais da doença, assim como suas causas e os tratamentos mais eficazes existentes atualmente.

Descrição do caso. Paciente do sexo masculino, de três anos de idade, é levado pela mãe para a consulta com o oftalmologista, pois ela observara alterações esverdeadas no olho do filho diante do *flash* de máquinas fotográficas. A mãe relata que os olhos da criança apresentavam colorações diferentes entre si na fotografia, um tornava-se vermelho e o outro esverdeado. O oftalmologista, após exame de fundo de olho, detecta lesão expansiva localizada em fundo de olho na região retiniana unilateralmente no lado direito. O paciente não possuía história familiar de retinoblastoma. A conduta seguida pelo médico foi a de realizar a ressecção do tumor para evitar possíveis metástases. Após ressecção, confirma-se diagnóstico de retinoblastoma com anatomopatológico referenciando neoplasia composta de células indiferenciadas com aspecto rosetóide (Figuras 1 e 2). Atualmente o paciente prossegue com seguimento oncológico, mas encontra-se livre da doença e sem sinais de remissão.

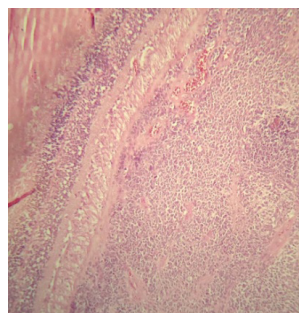


Figura 1. Neoplasia formada por pequenas células basalóides primitivas, invadindo e surgindo a partir da retina.

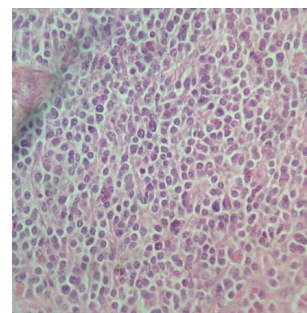


Figura 2. Células basalóides indiferenciadas, formando uma organização rosetóide.

Discussão. O retinoblastoma é uma neoplasia ocular maligna geralmente diagnosticada em pacientes pediátricos menores de cinco anos de idade. Ela ocorre devido a uma mutação genética na qual ocorre a deleção constitucional de um alelo do gene RB1, que é um gene supressor tumoral. Com isso, há predisposição para diversos tumores, como de pulmão, bexiga, ossos, tecidos moles, pele, cérebro e, principalmente, retinoblastoma. As manifestações clínicas desta neoplasia incluem um reflexo pupilar branco, podendo ser precedido

TRABALHOS

de estrabismo. O diagnóstico da doença é feito através de exame físico e observação de fundo de olho. No exame físico são observados alguns sinais de suspeição, como leucocoria, estrabismo, diminuição da acuidade visual e mudança na aparência do olho. A confirmação do diagnóstico e determinação da extensão da doença é feita sob efeito anestésico. Deve-se cuidar com a biópsia, pois ela pode espalhar o tumor, por isso a mesma não é aconselhada. Outro exame que pode ser realizado é a testagem genética para mutações em RB1, tendo o teste uma sensibilidade de 95%. A partir dessa testagem, verifica-se que o risco dos descendentes em herdar o gene mutante RB1 do pai afetado é de 50%, o que acarreta num risco de 97% de o paciente desenvolver retinoblastoma e em um alto risco de apresentar outros tipos de câncer ao longo da vida. O diagnóstico precoce e o sucesso terapêutico estão diretamente relacionados com a eficiência do sistema de saúde e com a vulnerabilidade socioeconômica da população. O risco de ter doença avançada e, conseqüente, enucleação, se mostra mais prevalente entre específicas subpopulações que possuem fatores socioeconômicos desfavoráveis, tais como a pobreza, baixa escolaridade, exclusão social e limitado acesso ao sistema de saúde. Assim, os fatores socioeconômicos interferem intensamente no prognóstico da doença, o qual se mostra favorável em pacientes identificados em estágios iniciais (taxa de sobrevivência em cinco anos de 93%), em contrapartida com o diagnóstico tardio, quando há extensão extraocular, diminuindo drasticamente para 30% a sobrevivência global em cinco anos. Com isso, diversas iniciativas são necessárias para mudar esse cenário, como a conscientização pública, a formação de profissionais da saúde aptos à reconhecerem precocemente os sinais e sintomas de retinoblastoma e a melhora do acesso aos cuidados de saúde.

Referências.

1. Selistre S, Maestri M, Santos-Silva P, Schüler-Faccini L, Guimarães L, Giacomazzi J et al. Retinoblastoma in a pediatric oncology reference center in Southern Brazil. *BMC Pediatr* 2016;16(1):48.
2. Lohmann D, Gallie B. Retinoblastoma. University of Washington, Seattle [Internet]. 2015. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1452/>. Acesso em 07 Set. 2016.
3. Dimaras H, Kimani K, Dimba E, Gronsdahl P, White A, Chan H et al. Retinoblastoma. *The Lancet* 2012;379(9824):1436-1446.
4. Truong B, Green A, Friedrich P, Ribeiro K, Rodriguez-Galindo C. Ethnic, Racial, and Socioeconomic Disparities in Retinoblastoma. *JAMA Pediatrics* 2015;169(12):1096.
5. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva [Internet]. Câncer infantil. 2016. Disponível em: <www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>. Acesso em 06 Set. 2016.

19. ECOCARDIOGRAFIA FETAL E SUAS INDICAÇÕES: DEVEMOS REVÊ-LAS?

Daniela Bonatto Moraes,^{1*} Mariana Grossi,¹ Augusto Emilio Hinterholz,¹ Fernanda Schuh Martins,¹ Luciane Mattos Pereira,² Fátima Cleonice de Souza³

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médica Residente em Pediatria. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*danielabonattomoraes@gmail.com

Introdução. As cardiopatias congênitas são responsáveis por 10% dos óbitos infantis e até 40% dos óbitos decorrentes de malformações, sendo fundamental a obtenção do diagnóstico precoce para o seu adequado manejo e a conseqüente diminuição da mortalidade neonatal. Independente do período, pré ou pós-natal, o ecocardiograma com mapeamento de fluxo em cores é o padrão ouro para o seu diagnóstico, no entanto, pouco disponível para o rastreamento dessas afecções. A cada 1.000 nascidos vivos, 1-2 apresentam cardiopatias congênitas definidas como críticas, cujas manifestações clínicas são decorrentes do fechamento do ducto arterioso, sendo assim, nem sempre são detectáveis no período neonatal intra-hospitalar. Como exemplo de cardiopatia congênita crítica, segue o relato de caso sobre síndrome da hipoplasia do ventrículo esquerdo (SHVE).

Descrição do caso. RNM, sexo masculino, nascido de parto cesáreo com idade gestacional (IG) de 38 semanas, Apgar 7/9, pesando 3.205 gramas, medindo 50 cm, AIG. Mãe adolescente, primigesta, pré-natal de início tardio com apenas duas consultas. História materna de infecções urinárias de repetição e sorologias de terceiro trimestre negativas. Paciente apresentou choro fraco ao nascer, com movimentos respiratórios regulares, ativo, frequência cardíaca maior que 100 batimentos por minuto, cianose central e periférica. Sem alterações no primeiro exame físico. Internou, no primeiro dia de vida, em UTI neonatal, devido a sucção não efetiva, apresentando períodos de cianose perioral e batimentos de asa de nariz. Encontrava-se em regular estado geral, acianótico, corado, hidratado, sem sopros, precórdio hiperativo, murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos e com esforço respiratório. Durante a internação teve piora dos sintomas, evoluindo para ventilação mecânica e necessidade de drogas vasoativas. Realizou ecocardiografia, apresentando ventrículo esquerdo rudimentar, ventrículo direito com aumento das dimensões internas, valva mitral aparentemente imperfurada, valva aórtica atresia, valva tricúspide com déficit de coaptação e importante fluxo regurgitante, aorta atresia com diâmetro de 1,7 mm, artéria pulmonar com aumento

TRABALHOS

do diâmetro interno, grande comunicação interventricular, grande comunicação interatrial e canal arterial patente com fluxo AP-AO. No decorrer da internação em UTI neonatal, paciente apresentou-se anúrico. Realizada ecografia de vias urinárias, detectando-se rins de dimensões e ecogenicidade usuais para a faixa etária, bexiga pouco distendida e pequena quantidade de líquido livre intraperitoneal. Paciente evoluiu com piora clínica progressiva da perfusão e bradicardia, indo ao óbito com cinco dias de vida.

Discussão. A síndrome da hipoplasia do ventrículo esquerdo (SHVE) é uma cardiopatia congênita cianótica grave relativamente comum, sendo a 10ª em prevalência entre todas as cardiopatias congênitas (3% do total). A história natural, na ausência de tratamento, resulta em óbito na totalidade dos casos e a grande maioria no período neonatal. Embora a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) sugira desde 2004 a realização do ecocardiograma fetal como rotina no pré-natal entre 18ª-24ª semana em todas as gestações, as recomendações do Ministério da Saúde restringem-se às pacientes que apresentem um dos seguintes fatores de risco: história familiar de cardiopatia congênita ou filho com diagnóstico prévio de malformação cardíaca; diabetes mellitus; pacientes em tratamento com agentes comprovadamente cardiogeratogênicos como o lítio, anticonvulsivantes ou medicações com ação no canal arterial (AINES). A posição da SBC é baseada no fato de que menos de 10% de todas as doenças cardíacas fetais ocorrem em gestações que apresentam algum fator de risco, implicando no subdiagnóstico maciço (90%) dessas malformações intraútero. Consequentemente, privando os familiares do conhecimento precoce quanto ao prognóstico e tratamento das malformações, além de minimizar as possibilidades de os profissionais planejarem um atendimento adequado do parto e do período pós-natal em serviços de referência, melhor qualificados para o manejo, bem como ocorreu no relato apresentado. O tratamento geralmente envolve três opções: correção cirúrgica, transplante cardíaco ou conduta expectante e conforto à família. Neste caso, devido às diversas malformações cardíacas e à falta de diagnóstico pré-natal com ecocardiografia fetal associado à instabilidade hemodinâmica, foi impossibilitada qualquer tentativa de intervenção terapêutica.

Referências.

1. Abu-Harb M, Hey E, Wren C. Death in infancy from unrecognized congenital heart disease. *Arch Dis Child* 1994;71:3-7
2. Kemper AR, Mahle WT, Martin GR, Cooley C, Kumar P, Morrow R, et al. Strategies for implementing screening for critical congenital heart disease. *Pediatrics* 2011; 128 e 1259-67.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diagnóstico precoce

de cardiopatia congênita crítica: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Departamentos de Cardiologia e Neonatologia 2011. (Acesso em 06 setembro 2016). Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diagnostico-precoce-oximetria.pdf>

4. Pilla, CB, Nogueira AJ. Manejo Híbrido da Síndrome da Hipoplasia do Ventrículo Esquerdo. *Rev Bras Cardiol Invas* 2005;13(3): 176-184
5. Alencão, I et al. Ecocardiografia fetal e sua acuidade diagnóstica – cmin 2014. *Nascer e Crescer* vol.24 supl.2 Porto dez. 2015.

20. ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA COM PRIMEIRO SURTO INDUZIDO POR USO DE CANNABIS SATIVA: RELATO DE CASO

Natália Fortunati^{1*}, Omar Mueller Moussalli¹, Caroline Fredi Almeida², Thricy Dhamer², Fábio Brum Vitória³, Gustavo Grazziotin Traversa³

1 Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 Médica Residente em Psiquiatria. Hospital Bruno Born, Rio Grande do Sul, Brasil.

3 Médico Psiquiatra. Hospital Bruno Born, Rio Grande do Sul, Brasil.

**nataliafortunati11@gmail.com*

Introdução. A *Cannabis sativa* (maconha) é utilizada há séculos para fins recreativos e medicinais e amplamente consumida, nenhuma droga de abuso provoca mais controvérsia do que esta. A sua prevalência de uso fica somente atrás do consumo de álcool e de cigarros, constituindo-se assim, a droga ilícita mais utilizada no mundo.¹ A Psicose é um quadro psicopatológico caracterizado por alteração dos dados imediatos da consciência, perda de contato com a realidade e comprometimento do "insight" relativo ao comportamento bizarro ou estranho que o indivíduo apresenta. Embora ainda incerto, diversos estudos relacionam o desenvolvimento de surto psicótico após o uso de substâncias psicoativas, até mesmo o desencadeamento do primeiro surto em um quadro de Esquizofrenia.² O presente relato visa discutir o risco de ocorrência de psicose após o uso de *Cannabis Sativa* em pacientes predispostos, bem como, os demais riscos potenciais decorrentes do uso desta substância.

Descrição do caso. Paciente masculino, 27 anos, solteiro, em benefício há 8 anos, chega ao Pronto Socorro do Hospital Bruno Born após quinto surto psicótico, em uso de risperidona 4mg/dia, administrada nas refeições, uma vez que o mesmo não aceitava o tratamento proposto, achava que sua família "queria intoxicá-lo com as medicações". Em acompanhamento com CAPS Adulto, de forma irregular,

TRABALHOS

desde os 19 anos. Apresentou o primeiro surto psicótico aos 17 anos, após ter feito uso de maconha por quase 1 mês, com alteração de sensopercepção (alucinações auditivas complexas), heteroagressão e delírio paranóide. Desde então, manteve uso intermitente da substância psicoativa. Na atual internação, foi realizada desintoxicação pela maconha e optado por iniciar Paliperidona Sustenna devido à resistência do paciente pelos efeitos colaterais dos antipsicóticos típicos e a necessidade de realizar medicação de depósito. O paciente recebeu alta estável, com diminuição dos delírios paranoides, sem alteração de sensopercepção, aceitando tratamento. Segue em acompanhamento no ambulatório de egressos e no CAPS Adulto, regularmente.

Discussão. A discussão em torno do uso recreacional de *Cannabis* e sua legalização vem sendo amplamente discutido. Diversos países legalizaram a produção, comercialização e uso da substância, com base em argumentações relativas em torno da saúde pública e combate ao tráfico. Apesar de ser necessário levar em conta esses aspectos, os efeitos danosos da maconha à saúde mental são evidentes em casos como o aqui relatado. Recentemente, foi encontrada uma relação entre o consumo de cannabis em indivíduos jovens e a incidência de sintomas psicóticos ou sintomas preditivos em indivíduos com elevado risco de desenvolverem psicoses.³ Alguns dos sintomas apresentados são: euforia, loquacidade, perda de juízo crítico, sintomas negativos, perturbações amnésicas e psicose.^{2,4} Estudos confirmam uma maior prevalência de sintomas positivos e perturbações esquizofreniformes nos consumidores de cannabis entre os 15 e os 18 anos de idade, sendo que essa prevalência aumenta significativamente nos casos em que o consumo iniciou-se antes dos 15 anos de idade.⁵ Desta forma, observa-se uma relação entre o consumo de canabinóides e o aparecimento de sintomas e perturbações psicóticas, corroborando o fato de que a prevenção do consumo de canabinóides evitaria um número importante de novos casos e o agravamento de perturbações psicóticas.

Referências.

1. Watson SJ, Benson JA, Joy JE. Marijuana and medicine: assessing the science base: a summary of the 1999 Institute of Medicine report. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(6):547-52.
2. D'Souza DC, Sewell RA, Ranganathan M. Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2009.
3. Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, van der Meer F, Becker H, de Haan L, et al. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2012;125(1):45-53.
4. Sewell RA, Skosnik PD, Garcia-Sosa I, Ranganathan M, D'Souza DC. Behavioral, cognitive and psychophysiological effects

of cannabinoids: relevance to psychosis and schizophrenia. *Revista Brasileira De Psiquiatria*. 2010;3

5. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal* 2002;325(7374):1212-3.

21. ESTESIONEUROBLASTOMA COM ROSETAS DE HOMER-WRIGHT E DE FLEXTER-WINTERSTEINER: RELATO DE UM CASO

Leonardo Silveira Nascimento,^{1*} Ingrid Wendland Santana,² Candice Krumel,² Dennis Baroni Cruz²

¹Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*leo_silveira_nascimento@hotmail.com

Introdução. O estesioneuroblastoma ou neuroblastoma olfatório é uma neoplasia maligna rara de provável origem no epitélio neuro-olfatório, localizado na porção superior da cavidade nasal, placa cribiforme e superfície súperomedial do corneto superior. Os sintomas são inespecíficos e comum à maioria dos tumores e doenças benignas da cavidade nasal e decorrem do crescimento tumoral, o que resulta em um diagnóstico em estágios mais avançados da doença, quando já sem tem envolvimento dos seios da face e da fossa craniana anterior. Histologicamente, esses tumores são definidos por células azuis, redondas, pequenas e um fundo fibroso. As pseudorosetas de Homer-Wright comumente estão presentes, e rosetas de Flexter-Wintersteiner estão raramente presentes em tumores de alto grau. Esta neoplasia tem um pico de incidência entre os 40 e os 70 anos e possui distribuição bimodal na segunda e na sexta décadas de vida. Ela afeta igualmente ambos os sexos. As neoplasias nasosinusais representam 0,2-0,8% de todos os tumores malignos, sendo que o estesioneuroblastoma corresponde a 3-6% destes tumores e a 0,3% dos tumores do trato aerodigestivo alto. Desde sua descrição em 1924, menos de mil casos foram relatados mundialmente até o momento. O diagnóstico é clínico, radiológico e através de exame anatomopatológico e imunohistoquímico. Devido à raridade da doença, não há consenso quanto ao melhor tratamento. A cirurgia de ressecção craniofacial em bloco, os procedimentos endoscópicos sozinhos ou combinados, a radioterapia e a quimioterapia fazem parte do arsenal terapêutico. O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de estesioneuroblastoma e apresentar uma breve revisão acerca desta patologia.

TRABALHOS

Descrição do caso. Paciente feminina de 65 anos apresentava queixa de epistaxe há três anos, que nos últimos dois meses passaram a ser acompanhada por obstrução nasal por e rinorreia. Encaminhada para o otorrinolaringologista, foi identificada lesão polipoide e de coloração vermelho-acinzentada localizada em seio maxilar direito. Exames radiológicos posteriores evidenciaram uma massa de 2,2 cm de diâmetro localizada na topografia descrita e que se estendia à base do crânio e com extensão intracraniana. Foi realizada a exérese cirúrgica parcial da lesão cuja análise anatomopatológica revelou uma neoplasia de células pequenas, redondas e azuis, com núcleos hiper cromático, arranjadas em uma arquitetura lobular, sendo identificada focalmente a formação de pseudorosetas de Homer-Wright e rosetas de Flexner-Wintersteiner (Figuras 1 e 2). Os achados histopatológicos e imunohistoquímicos permitiram a formulação do diagnóstico conclusivo de neuroblastoma olfatório.

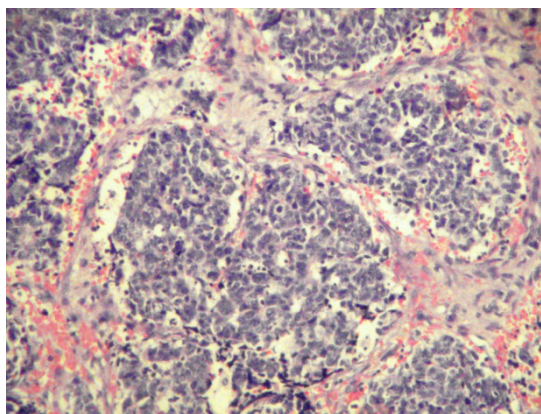


Figura 1. Ninhos de neoplasia, envoltos por estroma eosinofílico (HE, 100X).

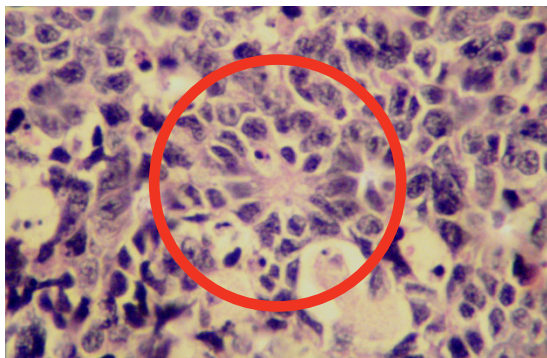


Figura 2. Células pequenas, redondas e azuis, com uma pseudoroseta de Homer-Wright em destaque (HE, 400X).

Discussão. O neuroblastoma olfatório é um tumor neuroectodérmico maligno, que se desenvolve na parte superior das fossas nasais, a partir das células olfatórias neuroepiteliais. Na histologia podem ser encontradas as pseudorosetas de Homer-Wright e as rosetas de Flexner-Wintersteiner. As primeiras são encontradas nos neuroblastomas periféricos, meduloblastomas, pineocitomas e em outros tumores com diferenciação neuroblástica, e possuem o centro preenchido por prolongamentos das próprias células. Já as rosetas de Flexner-Wintersteiner, que apresentam o núcleo vazio, são características do retinoblastoma, mas podem aparecer em outros tumores. A sintomatologia desta neoplasia é pouco específica e está relacionada ao efeito expansivo do tumor, sendo a obstrução nasal unilateral, a epistaxe e a rinorreia os sintomas mais frequentes, podendo ocorrer também cefaleia, otite, anosmia e distúrbios visuais, conforme a extensão da doença. É comum o tumor invadir e destruir os seios paranasais e a lâmina cribiforme, podendo se disseminar ao encéfalo e à medula por via meníngea. O seu comportamento é variável, podendo cursar até mesmo com a metastatização precoce especialmente para gânglios cervicais, pulmões e ossos. O diagnóstico frequentemente é tardio e, como as características histopatológicas são apenas sugestivas, é necessária a complementação com o estudo imunohistoquímico. O estesieneuroblastoma é positivo para marcadores neuroendócrinos, como cromogranina A, sinaptofisina, *neuron specific enolase* (NSE) e *neural cell adhesion molecule* (N-CAM), e para a proteína da matriz fibrilar S-100. Por se tratar de uma neoplasia relativamente incomum, sua terapêutica ainda não é padronizada, mas a ressecção craniofacial, seguida por radioterapia, parece obter os melhores resultados e é recomendada como o tratamento padrão-ouro por alguns autores. O estesieneuroblastoma é um tumor altamente agressivo com taxa de recidiva local de até 50%. As recidivas ocorrem principalmente nos primeiros anos após o tratamento inicial, mas podem surgir mais de uma década depois, o que implica um longo período de vigilância. A sobrevida após a recidiva é de aproximadamente 12 meses.

Referências.

1. Monteiro EMR, Lopes MG, Santos ER, Diniz CV, Albuquerque AS, Monteiro APAF et al. Abordagem endoscópica de estesieneuroblastoma. *Braz. j. otorhinolaryngol* 2011; 77(2):171-177. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/bjorl/v77n2/pt_v77n2a06.pdf>. Acesso em 21 Ago. 2016.
2. Caeiro C, Jaraquemada T, Augusto I, Sarmiento C, Damasceno M. Estesieneuroblastoma: Caso Clínico e Revisão da Literatura. *Arq Med* 2008;22(1):21-23. Disponível em: <www.scielo.mec.pt/pdf/am/v22n1/v22n1a03.pdf>. Acesso em 21 Ago. 2016.
3. Pedruzzi PAG, Oliveira BV, Ramos GHA, Roismann M, Ostroski

TRABALHOS

- FM. Estesioneuroblastoma - análise dos casos tratados no Hospital Erasto Gaertner no período de 1973 a 2004. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço 2009;38(4):261-263. Disponível em: <www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2014/11/art_113.pdf>. Acesso em 21 Ago. 2016.
- Araújo RP, Gomes EF, Menezes DB, Ferreira LMBM, Rios ASN. Tumores nasossinusais raros: série de casos e revisão de literatura. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2008;74(2):307-314. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rboto/v74n2/a25v74n2.pdf>. Acesso em 21 Ago. 2016.
 - Taneja AK, Reis F, Queiroz LS, Zanardi VA. Esthesioneuroblastoma. Arq. Neuro-Psiquiatr 2009;67(3a):704-706. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/anp/v67n3a/v67n3aa27.pdf>. Acesso em 21 Ago. 2016.

22. EXPANSÃO TUMORAL MEDIASTÍNICA, UMA POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO ENTRE NEOPLASIAS: RELATO DE CASO

Fábio Portela Bittencourt,¹ Gabson Araujo Aragonez,^{1*} Juliano de Avelar Breunig,² Luciano Nunes Duro,² Dennis Baroni Cruz²

¹ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* gabsonaragonez@gmail.com

Introdução. As doenças tumorais do mediastino formam um grupo diversificado de alterações, dividindo-se em: anterossuperior, médio e posterior. Por meio radiológico e estrutural, auxiliam ao direcionamento diagnóstico entre as diversas possibilidades. Os principais tumores que afetam o mediastino anterior são: timomas (30%), linfomas (20%) e tumores de células germinativas (TCG) em adultos (15-18%). Os TCG subclassificam-se em: seminoma, carcinoma embrionário e coriocarcinoma, sendo mais prevalentes entre os jovens, os TCGs com apresentação estrutural embriológica imatura, associados a alterações hemato-oncológicas e à síndrome de Klinefelter (20%). Além disso, pacientes apresentam-se sintomáticos ao diagnóstico, com episódios de: hemoptise, perda de peso e tosse. Enquanto teratomas benignos compõem-se por tecidos diferenciados derivados das três camadas germinativas, predominando derivados ectodérmicos (70-80%), contendo pele e neuroglia; tecido pancreático é achado frequente nos mediastinais, dentes são raros em relação aos teratoma benignos ovarianos, marcadores tumorais como antígeno carcinoembrionário (CEA) costumam ser negativo nesses casos. Clinicamente, os teratomas benignos costumam ser assintomáticos e

achados acidentalmente. Menos frequente entre tumores de mediastino, os tumores fibroblásticos/miofibroblásticos, variedade de subtipos de tumores mesenquimais, contêm células fibroblásticas e miofibroblásticas variantes funcionais de um único tipo celular. Um subtipo denominado tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) ou pseudotumor inflamatório pode, raramente, acometer região mediastinal anterior provocando dor e dispneia ou ser assintomático, acometem adultos jovens, sua patogenia associa-se a resposta imune exagerada, inflamações ou infecções indutoras da proliferação de miofibroblastos, células fusiformes e células inflamatórias com extensa proliferação de tecido fibrótico podendo comprimir, encarcerar ou invadir estruturas mediastinais. Imuno-histoquímica costuma ser reativa para actina de músculo liso e vimentina e negativo para proteína S100. O histopatológico revela colágeno com variada maturação, relacionando-se com desenvolvimento clínico do paciente, com implicações diagnósticas e terapêuticas. Apesar de benigno, possui significativa morbidade por obstrução do processo fibrótico. O tratamento implica na remoção cirúrgica e acompanhamento.

Descrição do caso. Paciente masculino, 32 anos, branco, ex-tabagista. Trabalhou com o uso extensivo de defensivos agrícolas sem proteção durante dez anos. Atualmente apresenta-se com queixa de dor constante em queimação na região do hemitórax direito irradiando para membro superior direito há dez dias, associada à sudorese noturna. Nega uso de medicações. Realizou procedimento cirúrgico para tratamento de síndrome de Wolff-Parkinson-White há quatro meses. Solicitou-se radiograma torácico que revelou alteração da silhueta cardíaca com processo expansivo paracardiaco à direita e cardiomegalia. Encaminhado para biópsia incisional por mediastinostomia anterior sete dias após. Dosagem de β HCG 0,10 mUI/ml (VR:<2,6mUI/ml). O exame imuno-histoquímico na amostra revelou negatividade para: CD30; CD34; CD45RB; citoqueratinas de 40, 48,50 e 50,6 KD; desmina e proteína S-100; apresentando positividade apenas para actina de músculo liso, presença de tecido fibrogorduroso parcialmente revestido por mesotélio reativo, com proliferação de células fusiformes em meio a densa deposição de colágeno, fibrina, neoformação vascular e infiltrado linfoplasmocitário maduro sendo classificado como lesão esclerosante fibroblástica/miofibroblástica. Novo estudo radiológico realizado doze dias após biópsia revelou derrame pleural com áreas de atelectasia na base pulmonar à direita, infiltrados perihilares à esquerda, mostrando piora do quadro em relação ao radiograma anterior. Dois dias após o paciente foi submetido à toracotomia anterior para ressecção tumoral. O exame transoperatório de congelação revelou-se negativo para malignidade e o anatomopatológico

TRABALHOS

descreveu macroscopicamente como nódulo pardo-claro, bem delimitado com 1,5 cm no maior diâmetro, a análise microscópica revelou tecido pancreático habitual, com ductos excretores, estrutura cartilaginosa e outras com características de mucosas com revestimento glandular, sugerindo diagnóstico de teratoma. O paciente foi acompanhado no pós-operatório e anualmente por três anos por meio de exames de imagem- Tomografia Computadorizada, Radiograma, Ultrassonografia – evidenciando evolução sem complicações e resolução da lesão sem sinais de recidivação.

Discussão. O relato descrito trata-se de uma lesão expansiva no mediastino anterior que a biópsia inicial classificou como uma lesão esclerosante fibroblástica/miofibroblástica. A imuno-histoquímica mostrou positividade apenas para actina de músculo liso sendo negativo para proteína S-100 que sugere tumor fibroblástico/miofibroblástico, possível subtipo TMI, no entanto não foram testados outros marcadores como vimentina, que costuma ser reagente nestes casos; a negatividade para CD30, CD45-RB, CD34 exclui possibilidade de proliferações de células imaturas e hematológicas, especialmente os linfomas que costumam acometer a região mediastinal.¹⁻³ Após ressecção total o anatomopatológico revelou estrutura com 6,0 x 5,0 x 4,0 cm com aspecto fibroso e, em meio a esse, um nódulo com 1,5 cm de maior diâmetro; a nodulação apresentou tecido pancreático habitual, que condiz com achados em teratomas em mediastino, estrutura cartilaginosa e outras características de mucosa com revestimento glandular. Esse aspecto mostra estruturas originárias de pelo menos dois folhetos germinativos: mesoderma, devido ao tecido pancreático e endoderma, devido à mucosa glandular; não foram encontrados critérios de malignidade, além de apresentar níveis de β HCG dentro dos limites da normalidade para sexo masculino sugerindo possibilidade de teratoma benigno.¹ Não há correlação clara entre imuno-histoquímica e anatomopatológico, pois TMIs são de difícil diagnóstico por biópsia em pequenas amostras, sendo aconselhado a realização de imuno-histoquímica e histopatológico de todo tumor após sua ressecção, no caso em questão não foi realizada imuno-histoquímica após ressecção total dificultando a comparação.⁴ Pode-se inferir que uma lesão pode estar relacionada à outra, uma vez que, a imuno-histoquímica feita na biópsia pode não ter sido representativa de toda lesão, atingindo apenas a região de proliferação miofibroblástica e a presença de tecidos pancreáticos, encontrados posteriormente no anatomopatológico, poderia ser considerado um potencial indutor de uma resposta imune exagerada que levou a formação de um TMI. Ainda que o diagnóstico definitivo da lesão não foi alcançado pelas variações inter-amostrais dos exames anatomopatológicos, após ressecção da lesão o paciente não apresentou sintomas e sinais de recorrência após três anos da

ressecção cirúrgica da lesão, o que fortalece a possível etiologia benigna dos achados.

Referências.

1. Capelozzi VL. Conceitos em patologia do mediastino: Uma correlação anatomo-radiológica. *J Pneumol* 1998;24(6):357-370.
2. Fletcher Christopher D.M., Unni K. Krishnan, Mertens Fredrik. Lyon, France. IARC Press;2002
3. Miyata Toshiyo, et al. Sclerosing Mediastinitis Mimicking Anterior Mediastinal Tumor. *Ann Thorac Surg* 2009;88:293-295.
4. Wang Renben, Meng Xiangjiao. Inflammatory myofibroblastic tumor occurs in the mediastinum. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2013;9(4):721-723.

23. FILTRO DE VEIA CAVA MIGRATÓRIO RETIRADO CIRURGICAMENTE DO VENTRÍCULO DIREITO

Vinicius da Silva Castro,¹ Renan Fagundes de Oliveira,¹ Lawrence Hollenbach Pavão,¹ Francisco Coelho Lamachia²

¹ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médico Cirurgião Cardiovascular. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

*vinicius.scastro@hotmail.com

Introdução. A doença embólica pulmonar é uma situação grave e com altas taxas de mortalidade, principalmente se o tratamento não for instituído, e é decorrente, na maioria das vezes, de trombos formados no sistema venoso. Para a prevenção de eventos tromboembólicos, que possam causar a embolia pulmonar (EP), se dispõe de diversas ferramentas, como medidas comportamentais através da deambulação e uso de meias elásticas, farmacológicas com a utilização dos anticoagulantes, e, em situações específicas, implantação cirúrgica ou percutânea de um filtro de veia cava (FVC). Pacientes com fatores de risco para tromboembolismo venoso ou que já desenvolveram tanto trombose venosa profunda quanto embolia pulmonar têm indicação de profilaxia medicamentosa. No entanto, quando há contra-indicações à terapia com anticoagulantes ou quando há um evento tromboembólico na vigência desses fármacos, é considerado o implante de um FVC que, mesmo quando inserido em centros experientes e com profissionais qualificados, possui seus riscos. A migração desses dispositivos para outros sítios vasculares é um evento raro, estimado em aproximadamente 0,3% dos casos, e o diagnóstico dessa complicação nem sempre é realizado com facilidade, uma vez que os sinais e sintomas aparecem conforme o local para onde o dispositivo possa ter se alojado. Assim, após a suspeita de que possa

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

ter ocorrido uma implantação atípica em outro local, desprendendo-se de sua localização inicial, é importante descartar outras patologias que possam explicar os achados clínicos e lançar mão de exames imagéticos para identificar e localizar o corpo estranho. Relatamos um evento em que um desses dispositivos migrou para o ventrículo direito do coração, no qual foi possível identificar o corpo estranho através da tomografia computadorizada e, por conseguinte, realizar o tratamento em caráter de urgência.

Descrição do caso. Paciente do sexo masculino, 44 anos, hipertenso, diabético, com história de trombose venosa profunda (TVP), EP bilateral e implante de FVC há aproximadamente um mês antes da data de internação, procura o pronto atendimento do Hospital Santa Cruz, no dia 2 de setembro de 2015, referindo dor precordial de início súbito, sem irradiação, em aperto, associado de palpitação aos movimentos bruscos. Apresentava-se estável hemodinamicamente, com dosagem sérica de troponina I = 0,940 e CK-MB = 4. Assim, foi definido cateterismo cardíaco para a manhã do dia seguinte. Realizou-se o procedimento invasivo, sem intercorrências, que evidenciou dominância de coronária direita, vasos coronarianos sem lesões obstrutivas significativas e suspeita de corpo estranho intracardíaco, que levantou a hipótese de migração do FVC para uma das câmaras cardíacas, após descarte de outras patologias que explicassem os sintomas. Realizou, em seu segundo dia de internação, uma tomografia computadorizada (TC) que confirmou a hipótese de objeto em câmara ventricular direita, próximo a valva tricúspide. Foi solicitado avaliação da equipe cirúrgica, que indicou transferência imediata para a unidade de terapia intensiva (UTI) pelo risco de desenvolver tamponamento cardíaco. Na UTI, evoluiu com piora clínica na noite seguinte, apresentando-se sudorético, taquicárdico, hipotenso e com pletora em região torácica e cervical. À ecocardiografia, realizada pelo médico intensivista, evidencia-se derrame pericárdico, o qual foi drenado durante a madrugada do seu terceiro dia de internação. A punção pericárdica apresentou drenagem de aproximadamente 300mL de líquido hemático, com melhora parcial do quadro hemodinâmico após o procedimento. Pela manhã, o paciente foi submetido à cirurgia aberta, com toracotomia esternal mediana com uso de afastador de finochietto. Realizado hemostasia esternal, com cera de osso, e da incisão com campos de proteção. Após pericardiotomia longitudinal, com termocautério, realizou-se canulação atrial direita e aórtica e, na sequência, instalação do circuito de circulação extracorpórea (CEC), que durou 39 minutos. Foi utilizado solução cardioplégica para interrupção dos batimentos cardíacos. O tempo de clampeamento aórtico foi de 33 minutos, e após a abertura atrial e retirada do corpo estranho, foi realizado uma plastia da valva tricúspide. Foi

colocado dreno de mediastino e marca passo temporário. Após recuperação dos batimentos, realização de hemostasia e fechamento dos planos, o paciente foi encaminhado a UTI. Não teve intercorrências após o procedimento, obtendo boa resposta com a retirada das drogas vasoativas, e no segundo dia pós-operatório foi encaminhado ao quarto. Após a cirurgia, sem sangramento importante e sem demais intercorrências, o paciente teve boa evolução pós-operatória, com melhora dos sintomas e do estado hemodinâmico, retornando à sua medicação habitual prévia à internação e, posteriormente, evoluiu para alta hospitalar.

Discussão. A complicação tardia do implante do FVC aqui relatada, é um evento raro e de difícil percepção clínica. Os sintomas referidos de uma dor precordial atípica na chegada à emergência do hospital exemplificam a dificuldade que se tem em suspeitar de uma migração desse dispositivo, uma vez que os achados clínicos sugerem hipóteses mais comuns como síndrome coronariana aguda (SCA) ou, até mesmo, um novo episódio de EP. Neste relato, o diagnóstico foi suscitado somente após o primeiro exame de imagem realizado, que foi o cateterismo cardíaco com o propósito de diagnosticar lesões coronarianas que poderiam provocar tais sintomas. É importante ressaltar que o paciente possui fatores de risco importante para doença cardiovascular, como hipertensão, diabetes e eventos tromboembólicos prévios. Na sequência, a piora do quadro se deu após o desenvolvimento de um tamponamento cardíaco, que pode ser explicado nesse paciente pelo fato de que possa ter ocorrido alguma perfuração miocárdica pequena pelo corpo estranho, que possa ter ocasionado sangramento dentro do pericárdio, provocando instabilidade hemodinâmica. A atenção para essa complicação é muito importante, bem como seu tratamento adequado, a drenagem pericárdica. Obtendo-se a confirmação diagnóstica de corpo estranho intracavitário, que se deu através da TC, não há o que fazer senão realizar o planejamento cirúrgico de modo urgente, no qual uma equipe de cirurgia cardiovascular experiente e capacitada deva ser acionada. O paciente é submetido aos riscos de uma cirurgia de grande porte em que se utiliza CEC, entretanto, é a maneira mais segura de se retirar um objeto que já não mantém sua forma e integridade originais e que está constantemente sujeito a causar danos nos tecidos o qual está em contato. A retirada do FVC nesse caso se deu através de uma abertura do átrio direito em que se acessou a cavidade do ventrículo direito, e, após ter a segurança de que se tinha retirado o objeto por completo, foi realizado uma plastia nos folhetos da valva tricúspide. Com a correção do fator desencadeante desse quadro, e com a boa evolução pós-operatória, obteve-se um resultado satisfatório, que culminou na alta hospitalar. Ainda não há muitos estudos que comparem os desfechos dessas

TRABALHOS

complicações, mas o uso desses dispositivos vem crescendo, principalmente em pacientes vítimas de trauma, que não possam receber anticoagulantes, mas que necessitem de prevenção para tromboembolia pulmonar. Assim, é importante estarmos atentos ao atender um paciente portador de um FVC bem como conhecer as possíveis situações adversas que possam estar presentes, a fim de manejar em tempo hábil o tratamento cirúrgico, proporcionando um desfecho favorável ao doente.

Referências.

1. Baglin TP J, Brush M, Streiff M. Guidelines on use of vena cava filters. *Br J Haematol* 2006;134:590–595.
2. Decousus H, Leizorovicz A, Parent F, Page Y, Tardy B, Girard P, et al. A clinical trial of vena caval filters in the prevention of pulmonary embolism in patients with proximal deep-vein thrombosis. *Prévention du risque d'embolie pulmonaire par interruption cave study group. N Engl J Med* 1998;338(7):409–15.
3. Reys LGCV, Coimbra R, Fortlage D. Filtro de veia cava: uma década de experiência em um centro de trauma nível I. *Rev. Col. Bras. Cir* 2012;39(1): 16–21.

24. HIPEROSTOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA (DISH): UM RELATO DE CASO

Gustavo Biondo^{1*}, Gabriela Bertolazzi Grison¹, Guilherme Reghelin Goulart¹, Jesica Dallazem¹, Guilherme da Silva Cezar¹, Eduardo Luis Pochmann²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* gustavobiondo2012@gmail.com

Introdução. A doença de Forestier, também chamada hiperostose esquelética idiopática difusa, (DISH) consiste em uma entesopatia não inflamatória, de etiologia desconhecida, caracterizada pela calcificação de tendões, ligamentos e cápsulas articulares. A DISH é caracterizada por neoformação óssea, calcificação do ligamento longitudinal anterior de no mínimo 4 corpos vertebrais contíguos, além da presença de entesopatia axial e periférica e ausência de degeneração discal significativa, ou seja, calcificação dos ligamentos espinhais com a formação de osteófitos sem, no entanto, afetar espaços intervertebrais. O objetivo desse relato é descrever um caso de DISH atendido em ambulatório de reumatologia da UNISC, em Santa Cruz do Sul. Além disso, conhecer as características desta doença se torna essencial para o diagnóstico correto e manejo adequado.

Descrição do caso. Paciente O.D.O., 76 anos, do sexo masculino, veio à consulta no ambulatório de Reumatologia UNISC, em setembro de 2016 por conta de uma lombalgia

e dor em glúteo direito, em pontada, de intensidade 5 quantificada pelo paciente em uma escala de 0 a 10. As dores iniciaram há aproximadamente dois anos, piorando desde então. Paciente relata que procurou ajuda médica por diversas vezes, porém sem sucesso no alívio sintomático. Os sintomas aliviam com o uso de analgésicos e pioram em decúbito dorsal ou sentado. Relatou também dificuldade para deambular longas distâncias em decorrência das dores. Referiu como antecedentes: dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica, ambas controladas farmacologicamente. Ao exame físico apresentava-se normotenso, com dor em região lombar, sem outras particularidades. Foi solicitado uma tomografia computadorizada de coluna lombar que apresentou calcificação em ligamento longitudinal anterior da coluna dorsal, osteófitos ântero-laterais em vários níveis da coluna lombar (Figura 1), discopatia degenerativa difusa, protusões discais posteriores mais evidentes em L3-L4, L4-L5 e L5-S1 e artrose das sacroilíacas com anquilose parcial da articulação. Obteve-se assim, diagnóstico de hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH).



Figura 1. Osteófitos ântero-laterais em coluna lombar.

Discussão. A DISH afeta tipicamente coluna vertebral, principalmente a torácica, é mais comum em homens (proporção 2:1) após a sexta década de vida. Não é uma patologia especialmente rara, pois acomete até 12% da população acima dos 75 anos. Contudo, é comum que suas manifestações sejam confundidas com outras patologias, dificultando o seu reconhecimento. A DISH é mais prevalente nos pacientes com diabetes mellitus tipo 2, atingindo 13% a 50% desses doentes. Além disso, outras condições relacionadas são obesidade, aumento da circunferência abdominal, dislipidemia, hipertensão arterial, hiperuricemia, hiperinsulinemia, aumento do hormônio do crescimento

TRABALHOS

e predisposição genética. Não tem etiologia claramente estabelecida, no entanto, alterações radiológicas semelhantes podem ser encontradas em intoxicações crônicas, como na intoxicação por vitamina A. A alteração precoce é a proliferação de tecido conjuntivo com posterior ossificação, que ocorre dentro da cartilagem, com mineralização irregular na interface entre o tecido cartilaginoso calcificado e não calcificado, localizado na êntese. Posteriormente, ocorre invasão vascular proveniente dos canais de Havers da cortical subjacente. Os achados histológicos do crescimento ósseo agressivo são mais significativos nos locais onde há fatores estimuladores de crescimento, como estruturas ligamentares do quadril com osteoartrite. Existe uma relação entre a DISH e a osteoartrite. Isso ocorre devido a deterioração da cartilagem, após a fase de ossificação, em fases tardias. Apesar disso, são entidades distintas e independentes. A maioria das pessoas com Dish são assintomáticas, mas o diagnóstico é importante para detectar potenciais complicações. Os sintomas das complicações são mais exuberantes e do que os da doença em si. A disfagia é o sintoma cervical mais conhecido. Pode ocorrer tosse, disfonia, dispneia, otalgia e sintomas medulares compressivos. A coluna torácica é o local mais comumente acometido, gerando algia local e reflexa, além de possíveis sintomas compressivos e decorrentes da imobilidade decorrente das fusões vertebrais conferidas pelos osteófitos. Pode haver envolvimento de articulações periféricas, em joelhos, pés, cotovelos, mãos e ombros. O diagnóstico habitualmente é baseado na classificação sugerida por Resnick e Niwayama. (Tabela 1). Esses critérios levam em conta as ossificações e calcificações; a altura dos discos intervertebrais e a ausência de anquilose óssea ou erosões articulares. O diagnóstico diferencial deve ser pensado com doenças que também desenvolvam proliferação óssea, como osteoartropatia hipertrófica, distúrbios tireóideos, acromegalia, osteoartrite, espondiloartropadias, entre outras. O tratamento é essencialmente sintomático e visa o alívio da dor e da rigidez da coluna acometida. O tratamento conta com calor local, proteção, analgésicos, AINES, injeção de corticoesteróides, além das medidas gerais, como atividade física, perda de peso, prevenção de quedas, etc. A fisioterapia poderá ser usada em associação com atividade física, visando diminuir a rigidez e a imobilidade. Em caso de patologias metabólicas concomitantes, deve-se corrigi-las, levando em conta o controle da glicemia e uricemia. É uma patologia que deve ser lembrada por causar complicações extra-axiais. Pode ser causa de disfagia, paralisia de pregas vocais, cervicalgias, lombalgias, entre outros. Por ser uma patologia silenciosa, sem cura e de elevada morbidade, a DISH deve ser suspeitada em pacientes mais velhos que apresentarem sintomatologia.

Tabela 1. Critérios para diagnóstico de DISH

| |
|---|
| Calcificação e ossificação grosseiras ao longo da face ventrolateral de pelo menos 4 vértebras contíguas; |
| Relativa preservação dos espaços intervertebrais nos segmentos vertebrais envolvidos e ausência de alterações radiológicas extensas de doença discal degenerativa (osteocondrose intervertebral); |
| Ausência de anquilose óssea de articulações apofisárias e de alterações inflamatórias (erosões, esclerose ou fusão) das sacroilíacas. |

Referências.

1. Diederichs G., Engelken F., Marshall L.M. et al; Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): relation to vertebral fractures and bone density; *Osteoporosis Int* 2011;22:1789-1797.
2. J. A. P. Silva. *Reumatologia prática*. 2004;11.26-11.27.
3. Resnick, D & Niwayama, G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) *Radiology*, 119:559-568, 1976.
4. Kellgren JH. Osteoarthritis in patients and populations. *Br Med J*, 1961; 2:1.

25. NEUROFIBROMA CUTÂNEO COM ÁREAS DE CALCIFICAÇÃO: RELATO DE UM CASO

Janaína Hartmann Blank,^{1*} Manoela Goergen Rupp,¹ Letícia Staub Waechter,¹ Natália Fortunati,¹ Leonardo Silveira Nascimento,¹ Juliano de Avelar Brunig,² Luciana Brosina de Leon,² Dennis Baroni Cruz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*janainablank@hotmail.com

Introdução. Neurofibroma é uma neoplasia benigna de etiologia desconhecida, que deriva de nervos periféricos e que pode se apresentar nas formas cutânea ou plexiforme. A primeira é a mais comum, surgindo principalmente a partir da puberdade, e consiste em nódulos, pápulas ou pólipos que se localizam na derme ou no tecido subcutâneo. A outra se desenvolve no interior dos nervos periféricos e possui característica infiltrativa. Todas as formas de apresentação podem adquirir comportamento maligno, apesar de ser muito infrequente. Os neurofibromas podem existir como lesões isoladas (solitárias) ou como múltiplas lesões que fazem parte

TRABALHOS

de uma doença autossômica dominante, a neurofibromatose tipo 1. De fato, aproximadamente 53% dos pacientes com neurofibromas possuem esse distúrbio. Os neurofibromas solitários, por outro lado, são raros e não cursam com nenhuma síndrome. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de neurofibroma cutâneo solitário e descrever algumas particularidades desse tipo de lesão.

Descrição do caso. Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, previamente hígida, realizou procedimento cirúrgico para retirada de uma lesão de aparência cística de coloração pardo-claro da região do dorso do pé direito. A análise histopatológica do tecido revelou uma lesão sólida com células fusiformes, áreas de calcificação distrófica e presença abundante de mastócitos, levando ao diagnóstico de neurofibroma cutâneo solitário (Figuras 1 e 2).

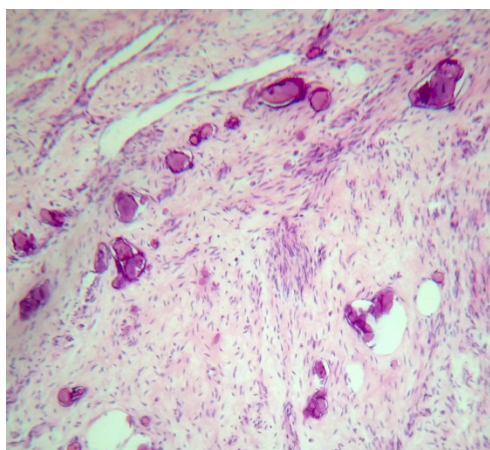


Figura 1. Área de calcificação distrófica multifocal, aparentemente incomum em neurofibromas.

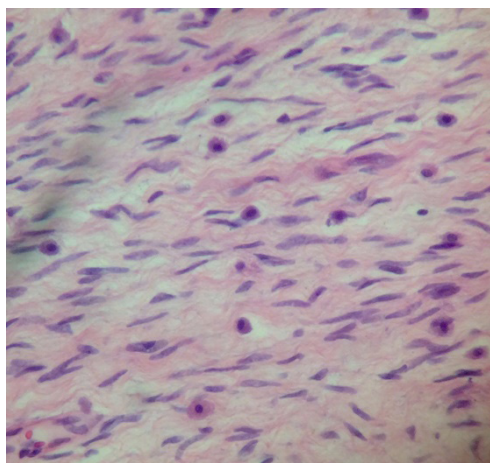


Figura 2. Células fusiformes e grande proliferação de mastócitos que reforçam o diagnóstico de neurofibroma.

Discussão. Neurofibromas podem ocorrer associados à neurofibromatose ou como tumores solitários. A forma cutânea solitária é a mais comum forma de aparição dessa lesão correspondendo a 90% dos casos. Usualmente, cresce na derme ou no tecido subcutâneo sem cápsula de delimitação, possuem crescimento lento, são indolores, entretanto podem ocasionar dor, caso ocorra compressão de estruturas próximas. Como essas massas tumorais crescem a partir de nervos periféricos, podem conter um ou mais de seus elementos, os quais são: células de Schwann, células perineurais, fibroblastos e mastócitos. A forma cutânea de um neurofibroma, geralmente, causa dor e possui estrutura de pólipos, pápulas ou nódulos. Um neurofibroma pode ser facilmente confundido com um schwannoma uma vez que as duas patologias apresentam tipos celulares semelhantes e núcleos dispostos em paliçadas. Por isso, a importância do diagnóstico imuno-histoquímico na diferenciação das lesões: no neurofibroma a formação de corpos de Verocay é bastante rara e a proporção de axônios em relação às células de Schwann é menor que 1:1, enquanto que no schwannoma a reatividade para proteína S100 (positiva nas células de Schwann) é maior do que nos neurofibromas uma vez que é menos uniforme neste tipo de lesão. Por fim, a principal diferença entre esses dois tipos de lesão é a presença ou ausência de axônios. Como uma lesão típica de schwannoma cresce, apenas, a partir de células de Schwann, ela não apresentará axônios, enquanto um neurofibroma pode apresentar essa estrutura. Os neurofibromas também podem ocorrer associados à neurofibromatose, uma doença descrita inicialmente em 1882 por Von Recklinghausen, de cunho genético caracterizada por uma anormalidade neuroectodérmica e por manifestações clínicas de envolvimento sistêmico e progressivo, que acometem principalmente a pele, o sistema nervoso, ossos, olhos e eventualmente outros órgãos. As duas principais manifestações de neurofibromatose são Neurofibromatose tipo 1 (NF1) ou Doença de Von Recklinghausen, e Neurofibromatose tipo 2 (NF2) ou Neurofibromatose Acústica Bilateral. A NF1 é decorrente de uma mutação autossômica dominante no braço longo do cromossomo 17. É um dos distúrbios monogênicos mais frequentes na infância, pois possui uma das mais altas taxas de mutação espontânea conhecidas no ser humano, alcançando cerca de 1 em 10.000 por geração. Esta manifestação é caracterizada pela presença de manchas café com leite, efélides e neurofibromas, além de outras características como nódulos de Lisch, displasia de ossos longos, glioma óptico e neurofibroma plexiforme. A NF2 ocorre por uma mutação autossômica dominante no braço curto do cromossomo 22. É menos prevalente que a NF1, ocorrendo em cerca de 1 em cada 40.000. Sua manifestação inclui presença de neuromas acústicos, normalmente bilaterais

TRABALHOS

em 95% dos pacientes. Ademais, podem também apresentar meningiomas, schwannomas e gliomas. Em relação ao caso exposto, a grande quantidade de mastócitos presentes na lesão indica uma reação inflamatória e posterior processo de remodelação tecidual. Além disso, calcificação distrófica é muito comum em áreas de necrose. As células necróticas dão lugar a figuras de mielina e estas são fagocitadas e transformadas em ácidos graxos, os quais se ligam a sais de cálcio, formando as áreas de calcificação distrófica.

Referências.

1. Abbas AK, Fausto N, Kumar V; Cotran RS; Aster JC; Robbins SL. Robbins e Cotran: Patologia – Bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1458p.
2. Estrada VM; Manifacio CR. Neurofibroma mixoide solitário. Rev Cent Dermatol Pscua 2002;11(2):97-100.
3. Vargas EC, Nole KB; Chavez SM. Neurofibroma circunscrito solitário. Dermatol Peruana 2008;12(1):55-58.
4. Stolarczuk, Dionne de Almeida et al. Neurofibroma subungueal solitário: relato de um caso inédito no sexo masculino. An. Bras. Dermatol 2011;86(3):569-572.

26. QUEIMADURA ESCALDANTE EM PRÉ-ESCOLAR NO AMBIENTE DOMÉSTICO

Luiz Inácio Roman,¹ Cauana Fabricio Efel,¹ Lara de Matos,^{1*} Michel Cristian Grasel,¹ Alice de Moraes Baier,¹ Fátima Cleonice de Souza²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*laradematos@outlook.com

Introdução. Queimadura é uma causa comum de trauma físico, podendo variar de pequeno envolvimento de pele para grandes desarranjos multissistêmicos.¹ Estudos realizados em vários países têm mostrado que a maioria dos acidentes por queimaduras ocorrem em ambiente doméstico e atinge crianças, sendo a escaldadura o principal agente causador,² a qual é quase sempre de origem acidental e, portanto, é algo evitável.¹ Estão implicados no aumento da incidência e risco de queimaduras a idade, a privação socioeconômica, a etnia, o grau de escolaridade, o estado do adulto no emprego, o ambiente de vida, a estrutura familiar, seja por famílias monoparentais ou famílias muito numerosas, bem como deficiências pré-existentes.³ As lesões por queimadura são associadas com um risco significativo de mortalidade, assim como sequelas físicas, funcionais e psiquiátricas importantes nos sobreviventes.⁴ Quando atinge crianças, idosos e pessoas

que têm pouca ou nenhuma capacidade de se defender, muitas vezes, está associada à violência doméstica, entretanto, esse aspecto ainda é muito pouco investigado no Brasil. Os seguintes fatores podem levar a suspeita de maus-tratos em acidentes por queimaduras: escaldaduras de distribuição simétrica (em extremidades com lesão em meia ou luva), idade inferior a seis anos, incompatibilidade do acidente com a idade da criança, história inconsistente, pessoas com problemas cognitivos, lesões associadas, história de traumas anteriores e fatores sociodemográficos e socioeconômicos (desemprego e baixa renda familiar).⁵ Já a negligência é caracterizada pela privação de algo necessário ao indivíduo, podendo corresponder a omissão na provisão de cuidados básicos, como a ausência de proteção contra as severidades do meio (frio ou calor).² Assim, o objetivo foi relatar um caso de acidente por queimadura escaldante ocorrido em pré-escolar no ambiente doméstico, visando alertar o profissional de saúde da necessidade de investigar a possibilidade de negligência e maus-tratos nessas situações.

Descrição do caso. Paciente masculino, 2 anos, vem ao pronto atendimento por queimadura em tronco posterior. História médica pregressa de anemia severa e pneumonia. Mãe relata que o filho subiu na tampa do fogão, derramando café quente nas costas, o qual estava num recipiente sobre a chama. Ao exame físico, apresentava-se hidratado, normocorado, acianótico, afebril e sem esforço respiratório. Sinais vitais adequados para a idade. Havia a presença de lesão em tórax posterior compatível com queimadura de 2º grau, dolorosa, comprometendo 18% da extensão corporal com perda da continuidade da epiderme. Notava-se também a presença de lesão bolhosa de aproximadamente 2 cm no membro inferior esquerdo. Não havia outras alterações nos demais sistemas. O paciente foi hospitalizado, prescreveram-se sintomáticos e realizou-se curativo com sulfadiazina de prata 1%, duas vezes ao dia, na queimadura escaldante. Realizaram-se os exames laboratoriais que evidenciaram: leucócitos 16.400 (B:3,0% / S:73,4% / E:0,3% / B:0,4% / M:7,4% / L:15,5%), hemoglobina 13,0 g/dL, hematócrito 40,5% e plaquetas de 371.000. No segundo dia de internação, a criança apresentou picos febris (38,0-39,3°C). Em seguida, foi coletado culturas, realizado novos exames laboratoriais e iniciado ceftriaxone 100 mg de 12/12h e oxacilina 200mg de 12/12h. O paciente evoluiu bem, apresentando adequado processo cicatricial. Os resultados dos novos exames demonstraram: leucócitos de 9.400 (B:6,0% / S:59,4% / E:1,1% / B:0,4% / M:15,3% / L: 17,8%), hemoglobina de 10,3 g/dL, hematócrito de 31,5%, plaquetas de 497.000, PCR 2,78 e EQU com discreta bacteriúria – densidade de 1015, ausência de leucócitos e hematúria. Os culturais vieram negativos. A antibioticoterapia foi suspensa após o 10º dia de uso. O paciente apresentou boa evolução, não havendo

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

mais picos febris. Recebeu alta após 15 dias de internação, juntamente com acompanhamento psicológico e do serviço de assistência social do município, além de inúmeras orientações aos familiares, visando prevenir novos acidentes.



Figura 1. Queimadura escaldante em dorso de pré-escolar. Observa-se descolamento maciço da epiderme e derme na região dorsal, com presença de bolhas centrais envoltas por zonas de epiderme e área eritematosa. Compatível com queimadura de segundo grau.

Discussão. A queimadura na criança é causa frequente de trauma físico, colocando-se entre as principais causas de morte não intencional nessa população. Líquidos quentes e bebidas são os fatores etiológicos mais comuns que causam escaldadura em casa.¹ Embora muito pouco investigada no Brasil, pode estar relacionada com maus-tratos, tornando necessário avaliar o mecanismo e local da queimadura, a compatibilidade da história e se há indícios de abuso infantil no passado.⁵ A queimadura compromete a integridade funcional da pele, sendo a gravidade da lesão dependente da sua profundidade e extensão.⁶ Quanto à profundidade, as lesões podem ser de primeiro grau, que compromete apenas a epiderme, apresenta eritema, edema, calor e dor, regredindo em poucos dias sem deixar cicatrizes. Já a queimadura de segundo grau compromete até a derme, apresenta dor, eritema, edema, bolhas ou ulceração e há regeneração espontânea, podendo deixar sequelas. A queimadura de terceiro grau, por sua vez, destrói todas as camadas da pele, podendo atingir ligamentos, músculos e ossos. Ela causa lesão branca ou marrom, seca, dura e inelástica, além de ser indolor e não apresentar regeneração espontânea, necessitando de

enxertia.⁶ Dentre as complicações, podem-se citar os distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos, e a infecção, que pode levar ao choque séptico.⁷ O tratamento a ser realizado varia conforme o grau da lesão. No caso relatado, a queimadura foi de segundo grau, sendo recomendada dieta adequada para a idade, sintomáticos, morfina antes dos curativos, controle de diurese e curativo com sulfadiazina de prata 1%. Contudo, além dos cuidados específicos com a queimadura, deve-se lembrar que as pessoas que necessitam de cuidados especiais e supervisão, particularmente as crianças e os idosos, constituem grupos vulneráveis na sociedade, sendo importante direcionar a atenção dos profissionais da saúde para investigar as circunstâncias que envolvem os acidentes por queimaduras, visando identificar as situações de negligência e maus-tratos.² No caso descrito, por exemplo, haviam vários indicativos de negligência familiar. Erroneamente vistos como inevitáveis por parte da população, os acidentes no âmbito familiar podem ser evitados com a simples aplicação de medidas de prevenção ativa, como a educação dos pais e das crianças. A prevenção desses acidentes é multidimensional e multidisciplinar, requerendo abordagens estruturais e organizacionais, mas também informação e educação populacional.⁹ Deve-se estimular a implementação de programas de prevenção de queimaduras direcionados a pessoas com baixo nível de instrução, enfocando principalmente no ambiente doméstico. O ensino em escolas dirigido às crianças pode contribuir para prevenção desses incidentes, já que as crianças são bastante sensíveis e abertas a novas informações.² Os profissionais de saúde precisam conhecer as possíveis causas de lesão, a fim de fornecer orientação preventiva antecipada aos familiares, a qual deve iniciar nas consultas de pré-natal, durante todo processo de puericultura e em qualquer situação de saúde, desde o atendimento básico até uma possível hospitalização.¹⁰ Portanto, além dos cuidados hospitalares necessários a criança queimada, é de fundamental importância alertar à assistência social caso haja suspeita de maus tratos infantis, simultaneamente a orientação constante dos familiares, visando prevenir novos acidentes domésticos.

Referências.

1. Sahu SA, Agrawal K, Patel PK. Scald burn, a preventable injury: analysis of 4306 patients from a major tertiary care center. *Burns* 2016.
2. Vendrusculo TM, Balieiro CRB, Echevarría-Guanilo ME, Farina JA Jr, Rossi LA. Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Mai-Jun 2010;18(3):08.
3. Heng JS, Atkins J, Clancy O, Takata M, Dunn KW, Jones I,

TRABALHOS

- Vizcaychipi MP. Geographical analysis of socioeconomic factors in risk of domestic burn injury in London 2007–2013. *Burns* 2015;41:437-45.
4. Sadeghi-Bazargani H, Mohammadi R. Unintentional domestic burns in Iran: analysis of 125,000 cases from a national register. *Burns* 2013;39:1304-10.
 5. Greenbaum AR, Horton JB, Williams CJ, Shah M, Dunn KW. Burn injuries inflicted on children or the elderly: a framework for clinical and forensic assessment. *Plast Reconstr Surg* 2006;118(2):46e-58e.
 6. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *An Bras Dermatol* 2005;80(1):9-19.
 7. Bernz LM, Mignoni ISP, Pereima MJL, Souza JA de, Araújo EJ, Feijó R. Análise das causas de óbitos de crianças queimadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1991 a 2008. *Rev Bras Queimaduras* 2009;8(1):9-13.
 8. Boljani AN, Serra MCVF. Atualização no tratamento local das queimaduras. *Rev Bras Queimaduras* 2010;9(2):38-44.
 9. Rafai1 M, Mekaoui N, Chouaib N, Bakkali H, Belyamani L, Koraiichi AE, Kettani SEE. Épidémiologie des accidents domestiques graves de l'enfant admis en réanimation pédiatrique polyvalente à l'hôpital d'enfants de Rabat-Maroc. *Pan African Medical Journal* 2015;20:28.
 10. Pereira SFA, Carcia CA. Prevenção de acidentes domésticos na infância. *Rev Enferm UNISA* 2009;10(2): 172-7.

27. RECONSTRUÇÃO NASAL COM ENXERTO DE PELE TOTAL SUPRACLAVICULAR PÓS EXÉRESE DE TUMOR BASOCELULAR: RELATO DE CASO

Carolina Meert Merten,^{1*} Gustavo Biondo,¹ Guilherme Reghelin Goulart,¹ Matheus Filipe Haeser,¹ Júlia Cardoso Brum,¹ Susana Fabíola Mueller²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* carolinamerten@yahoo.com.br

Introdução. O nariz configura uma região de difícil reconstrução, porém tem-se alcançado níveis ótimos de sofisticação através da substituição de tecidos nasais por tecidos similares. As neoplasias de pele acometem principalmente a face, especialmente a região nasal. Nesse contexto, é importante discutir sobre o carcinoma

basocelular (CBC) que, juntamente com o carcinoma espinocelular, configuram as principais indicações de reconstrução nasal, parciais ou subtotais. A reconstrução pode ser realizada com diversas técnicas, contudo existem situações em que a confecção de um enxerto de pele é uma alternativa para o fechamento da lesão cirúrgica. O objetivo desse relato é descrever um caso de reconstrução nasal pós exérese de CBC em região dorsal ampla do nariz através de um enxerto de pele total de região supraclavicular. Além disso, conhecer as características desta doença se torna essencial para o manejo e bom resultado cirúrgico.

Descrição do caso. Paciente AL, masculino, 82 anos, DPOC, hipertenso, veio a primeira consulta no ambulatório de Cirurgia Plástica em setembro de 2014 referindo lesão nasal de aspecto perolado medindo 0,3x0,2 cm. Na ocasião foi observado além da lesão a presença de rinofima extensa sob o nariz. Paciente referia histórico de lesão nasal progressiva no mesmo local, sendo a nova lesão maior que a anterior. Negava secreção, dor ou prurido no local da lesão, referindo apenas o aumento gradual no tamanho. Foi solicitado a biopsia das lesões para determinar a etiologia. Biopsia confirmou tratar-se de um carcinoma basocelular com padrão de crescimento expansivo e invasão da derme profunda com margens cirúrgicas comprometidas. Paciente retorna, em abril de 2015, referindo o surgimento de 3 novas lesões no foco anterior medindo, respectivamente, na região frontal nasal 0,3x0,2 cm, na região da asa nasal direita 0,4x0,3cm e na região malar esquerda 0,9x0,5cm. O resultado do anatomopatológico, solicitado após a exérese das lesões, confirmou, novamente, tratar-se de um carcinoma basocelular com padrão de crescimento expansivo e invasão da derme profunda sendo que apenas no da região da asa nasal direita as margens cirúrgicas vieram comprometidas. Paciente retornou, ao ambulatório de cirurgia plástica, para receber atendimento em fevereiro de 2016, referindo uma nova queixa de lesão nasal, no entanto a lesão que surgiu novamente no foco das lesões anteriores, apresentava-se com bordos elevados de coloração avermelhada com centro perolado e margens laterais com aspecto enegrecido medindo 3x3 cm (Figura 1). Paciente negou secreções, prurido ou dor na lesão em questão. Devido a história previa e ao padrão característico da lesão, suspeitou-se que a lesão fosse um CBC recidivante na região, dessa vez mais proliferativo e destrutivo que os anteriores. Foi estabelecido, como plano terapêutico, a exérese da lesão com enxertia de pele por sua grande extensão de área comprometida na região dorsal do nariz. A enxertia de escolha foi um enxerto de pele total tendo a região supraclavicular como doadora (Figura 2).

TRABALHOS



Figura 1. CBC em região nasal.



Figura 2. Enxerto de pele na área receptora.

Discussão. O CBC é um câncer de pele de crescimento lento, com invasão local que afeta predominantemente caucasianos, correspondendo 70 a 80% dos tumores de pele. Metástases são extremamente raras, e a morbidade está relacionada com a invasão tecidual local.² O fator de risco mais significativo é a predisposição genética e a exposição a radiação ultravioleta. O aumento da idade, o sexo feminino, classificação Fitzpatrick I e II, imunossupressão e a exposição ao arsênio são os outros fatores de risco reconhecidos.² A apresentação mais comum do CBC é uma pápula ou nódulo peroláceo, com telangiectasias e, algumas vezes, com ulceração central, compatível com o CBC nodular,⁴ que se apresenta tipicamente em face e corresponde a 60% dos casos. Aproximadamente 70% dos CBC ocorrem na face, principalmente por influência do fator da radiação solar. O CBC típico tem apresentação morfológica que possibilita ser reconhecido na inspeção por clínico treinado,⁴ porém, é indicado a realização de biópsia em lesões com apresentação atípica, em história prévia de CBC e em lesões que exibem fatores sugestivos de CBC com alto risco de recorrência.³ Existem inúmeros diferentes e bons

tratamentos para o CBC. Na escolha do tratamento, diferentes fatores devem entrar em consideração, como a localização, tamanho, tipo histológico, história de tratamentos prévios e a saúde do paciente.⁴ A cirurgia de Mohs é o tratamento mais efetivo para o CBC de alto risco de recorrência. Outras opções incluem ainda a cirurgia convencional, que apresenta um menor índice de cura e maior recorrência.³ Os tumores de pele, em especial o CBC, apresentam índice de cura superiores a 90% quando tratados na fase inicial.⁸ Entretanto, 1 a 14% dos tumores apresentam recidiva após ressecção completa da lesão e 26% após ressecção incompleta do tumor após 5 anos.⁹ Alguns fatores estão relacionados ao aumento do risco de recorrência dos tumores, como a localização, tamanho, subtipos histopatológicos mais agressivos, como esclerosante e micronodular, lesões recorrentes, invasão perineural e ainda lesões em pacientes imunocomprometidos.³ O carcinoma basocelular constitui uma das principais indicações clínico-cirúrgica das reconstruções nasais.⁶ De forma geral, escolhe-se uma modalidade de cobertura baseada na experiência, condição clínica do paciente e principalmente tendo em vista a possibilidade de recidiva da lesão. Os enxertos cutâneos possuem vasta versatilidade e bons resultados, que podem ser potencializados se forem escolhidos após análise exaustiva de cada caso. Enxertos são a melhor opção quando o exame anatomopatológico não pode assegurar margens laterais e sobretudo profundas do defeito, porque a espessura do retalho tende a dificultar o acompanhamento do local.⁷ Vale ressaltar, por fim, a importância da prevenção de tumores cutâneos através de filtros solares e evitar a exposição solar. Apesar dos avanços em termos de tratamento, a elevada incidência de CBC confere elevado impacto em qualidade de vida e morbidade, visto que a destruição tecidual local é comum no desfecho da doença, acarretando prejuízo estético e também funcional da área acometida.

Referências.

1. Wu AP, Stern SR, Robinson JK, Corona R. Epidemiology and clinical features of basal cell carcinoma. UpToDate 2016.
2. Telfer NR, Colver GB, Mortont CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Journal of Dermatology 2008;159:35-48.
3. Aasi SM, Chartier TK, Robinson JK, Stern SR. Tratament of basal cell carcinomas at high risk for recurrence. UpToDate. 20016.
4. Kuijpers DIM, Thissen TM, Neumann MHA. Basal cell carcinoma: treatment options and prognosis, a scientific approach to a common malignancy. Department of Dermatology 2002;3(4):247-259.
5. Laitano FF, Teixeira LF, Siqueira EJ, Alvarez GS, Escobar PD, Oliveira MP. Uso de retalhos cutâneo para reconstrução nasal após ressecção neoplásica. Rev Bras Cir Plástica 2012;27(2):217-222.

TRABALHOS

6. Filho PS, Kobig RF, Barros PB, Dibe MA, Leal P. Reconstrução nasal: análise de 253 casos realizados no Instituto Nacional de Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002;48(2):239-245.
7. Jaeger MR, Neto NA, Silva JB. Reparação de defeitos parciais do nariz após excisão tumoral. *Revista da AMRIGS* 2011;55(11):83-87.
8. Tan PY, Ek E, Su S, Giorlando F, Dieu T. Incomplete excision of squamous cell carcinoma of the skin: a prospective observational study. *Plast Reconstr Surg* 2007;120(4):910-6.
9. Nagore E, Grau C, Molinero J, Fortea JM. Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17(2):167-70.

28. RELATO DE CASO DE SCHWANNOMA VESTIBULO-COCLEAR EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE SORONEGATIVA EM USO DE ETANERCEPTE

Pedro Artur Cantoni Cardoso,^{1*} Ana Luisa Machado Freitas,¹ Dougllas Bertolo,¹ Felipe Hupples,¹ Fernando Seben,¹ Iama Verdi Lamb,¹ Rodrigo Maccari,¹ Eduardo Luis Pochmann²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* pedroartur2810@gmail.com

Introdução. Schwannomas são tumores benignos intracraniano, derivados de células de Schwann e crista neural, de crescimento lento.¹ Trata-se de um tumor do nervo vestibulo-coclear, de baixa letalidade e etiologia obscura. Causam sintomas locais por compressão dos nervos acometidos ou de estruturas adjacentes (como tronco encefálico e medula espinhal). A localização mais comum é no nervo vestibulo-coclear em 80% dos casos.^{1,2} Os schwannomas são um dos componentes da neurofibromatose 2 (NF2), e mesmo os schwannomas esporádicos podem estar associados a mutações inativadoras do gene NF2 no cromossomo 22.^{3,4} A perda da expressão do produto do NF2, merlina, é um achado consistente em todos os schwannomas. A merlina normalmente restringe a expressão de receptores de fatores de crescimento na superfície da célula, como o receptor do fator de crescimento epidérmico EGFR, por meio de interações envolvendo a actina do citoesqueleto. Na sua ausência, as células proliferam em resposta aos fatores de crescimento.⁴ A maior parte dos schwannomas surge no ângulo pontocerebelar, dentro da caixa craniana, onde estão ligados ao ramo vestibular do VIII nervo.⁶ Com isso, os indivíduos que são afetados

apresentam zumbido e perda auditiva.⁴ Quando extradurais, os schwannomas são mais frequentemente encontrados associados a grandes troncos nervosos, onde as modalidades sensoriais e motoras se encontram misturadas.⁶ Os sintomas clínicos do uso do Etanercepte associado com schwannomas mais frequentes foram distúrbios do acústico (95%), vestibular (61%), trigêmeo (9%), e (6%) dos nervos faciais. A duração dos sintomas foi de 3,7 anos para perda auditiva, e 1,9 anos de paralisia fácil, e 1,3 anos para as perturbações do trigêmeo. O objetivo desse relato é mostrar a ocorrência de patologias incomuns em paciente sem uso de drogas ANTI-TNFs no tratamento da Artrite Reumatóide.

Descrição do caso. M.F.R., masculino, branco, 65 anos, em tratamento para artrite reumatóide soronegativa oligoarticular desde fevereiro de 2014, Fator Reumatóide Negativo, PCR 29,4, VSG 49 e DAS 28= 6,42, sendo prescritos Prednisona 20mg em dose de ataque, metotrexato 15mg semanal e ácido fólico 5g 3x semana. Houve melhora clínica e laboratorial em 3 meses de tratamento e DAS 28= 5,21. Após 5 meses foi prescrito Etanercepte 50mg semanal até dezembro de 2014 quando o paciente estava com a doença controlada clínica e laboratorialmente, mas referia cefaleia importante e hipoacusia de início súbito unilateral. Foi encaminhado para avaliação de otorrinolaringologista e diagnosticado Schwannoma do oitavo par craniano, procedendo a cirurgia em janeiro de 2015 com suspensão do tratamento com Etanercepte por 2 meses e manutenção apenas de dexametasona 4mg/dia.

Discussão. O Etanercepte apresenta como efeito colateral comum, em mais de 10% dos casos que utilizam a medicação, a presença de infecções que incluem trato respiratório superior, bronquite, cistite e infecções de pele.⁸ Entretanto, cefaleia, hipoacusia e tontura são enquadradas como reações de caráter raro, cuja frequência varia de 0,01% a 0,1% nas pessoas que fazem seu uso (sintomas os quais concomitante são encontrados no paciente com o referido tumor).⁹ Neste relato apresentamos a ocorrência de Schwannoma vestibulo-coclear, tumor benigno de etiologia desconhecida que acomete principalmente pares cranianos. Na neurofibromatose do tipo 2 são comuns schwannomas múltiplos de raízes cranianas e espinhais, nervos periféricos e simpáticos, isolados ou em continuidade com os neurofibromas plexiformes.⁴ A ocorrência de schwannoma bilateral nos nervos acústicos é um critério diagnóstico absoluto para neurofibromatose do tipo 2. A malignização de schwannomas pode ocorrer apenas em casos de neurofibromatose tipo 2.

Referências.

1. Luchi GER, Magalhães MR, Lanzelotti SM, Jorge Júnior JJ, Mendonça EASF, Magalhães SLB. Nasal schwannoma. *Braz J Otorhinolaryngol* 2006;72(5):714.

TRABALHOS

2. BARRY STRASNICK, MICHAEL E. GLASSCOCK III, DAVID HAYNES, SEAN D. McMENOMEY, LLOYD MINOR: Natural History of Untreated Acoustic Neuromas. *Laryngoscope* 104: September 1994.4.
3. CORDULA MATTHIES, MADJID SAMII: Management of Vestibular Schwannomas (Acoustic Neuromas): The value of neurophysiology for evaluation and prediction of auditory function in 420 cases. *evaluation and prediction of auditory function in 420 cases.*
4. ROBBINS, S. L.; KUMAR, V. (ed.); ABBAS, A.K. (ed.); FAUSTO, N. (ed.). *Patologia: Bases Patológicas das doenças*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
5. Kesser BW, Brackmann DE, Ma Y; Weiss M. Jacobson's nerve schwannoma: a rare middle ear mass. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110(11):1030-4.
6. Moukarbel RV, Sabri AN. Current Management of Head and Neck Schwannomas. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;13(2):117-22.
7. Matthies C, Samii M. Management of 1000 vestibular schwannomas (acoustic neuromas): Clinical presentation. *Neurosurgery* 1997;40(1):1-10.
8. Sukhatme SV, Gottlieb AB. Pediatric psoriasis: updates in biologic therapies. *Dermatologic Therapy* 2009;22:34-9.
9. Paller AS, Siegfried EC, Langley RG, Gottlieb AB, Pariser D, Landells I, et al. Efficacy of treatment for children and adolescents with plaque psoriasis. *N Engl J Med* 2008;358:241-51.

29. RELATO DE CASO: ARTRODESE COMO REVELADORA DE MIELOMA MÚLTIPLO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO RESPONSIVO

Phamella Weneranda Cezarotto Dall Agnol,^{1*} Pedro Augusto Tibolla,¹ Raquel Hamerski Mizdal,¹ Gabrielly da Silva Jesus,¹ Vitor Armbrorst,¹ Fernanda Paim de Andrade²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* phamellaagnol@mx2.unisc.br

Introdução. Mieloma Múltiplo caracteriza-se como uma neoplasia maligna que acomete os plasmócitos B da medula óssea, que são os linfócitos responsáveis pela resposta imune do organismo, os quais secretam imunoglobulinas (Ig). Assim sendo, as consequências da doença incluem: destruição óssea, falência renal, diminuição da hematopoiese e maior susceptibilidade a infecções. Há prevalência de

acometimento principalmente idosos, por volta dos 65 anos e é incomum em pessoas abaixo dos 40 anos; apesar de ser mais comum em homens brancos (no Brasil), quando atinge a população negra, tem caráter mais agressivo. Os locais mais frequentes de comprometimento são vértebras, crânio, arcos costais, pelve e porção proximal do úmero e fêmur. Muitos dos pacientes são assintomáticos, mas, quando procuram atendimento, costumam apresentar sintomas comuns a doença como: fraqueza, emagrecimento, dor torácica e lombar e alguns com infecções recorrentes e alteração da função renal. Muitas dessas consequências advêm de quadros clínicos prévios, como anemias, lesões osteolíticas e hipercalcemia, essa última, devido ao aumento da reabsorção óssea causada pela infiltração do mieloma múltiplo, contribui consideravelmente para a fraqueza e para insuficiência renal. Torna-se interessante acompanhar e investigar o caso devido sua apresentação atípica, de uma queda, à evolução para paraplegia e finalmente, durante a realização de uma artrodese, a descoberta do Mieloma Múltiplo como causa. Além disso, diferentemente da maioria dos casos de Mieloma, o paciente apresentou boa resposta ao tratamento, mesmo optando por não fazer o transplante de medula óssea, indicado para uma maior sobrevida.

Descrição do caso. Paciente do sexo masculino, negro, de 56 anos, procurou atendimento após uma queda e perda dos movimentos das pernas, com histórico de dor durante os últimos cinco meses. Após avaliação médica, foi encaminhado à realização de uma artrodese, para fixação e reparo da coluna vertebral em T11, L1 e L2, durante a qual, o médico responsável identificou uma massa incomum, que ao ser encaminhada para biópsia foi diagnosticada como Mieloma Múltiplo. Durante a investigação do tumor, o paciente apresentou $\beta 2$ microglobulina alta (3238 mg/dL, de um normal de 609-2164 mg/dL), característico de uma doença agressiva, porém não apresentou hipercalcemia elevada, nem anemia e função renal normal, apresentação incomum da doença. Após a realização da cirurgia, ocorreu uma infecção na prótese, resultando na internação do paciente para antibioticoterapia e posterior início de radioterapia e quimioterapia, a qual é caracterizada pelo uso de Velcade, Dexametasona e Zometa, durante quatro ciclos, seguido de uma indicação de transplante de medula óssea para maior sobrevida do paciente. Diferentemente da maioria dos casos de Mieloma Múltiplo, o paciente apresentou boa resposta ao tratamento, porém ao final dos quatro ciclos indicados, optou por não fazer o transplante de medula óssea. Depois de alguns meses do tratamento, houve uma recidiva de infecção, confirmada através de uma ressonância, também consequência do Mieloma, devido aos baixos níveis de imunoglobulinas desenvolvidas, altos níveis de imunoglobulinas monoclonais e disfunções das

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

células T. A quimioterapia foi ampliada por mais alguns ciclos, estando no atualmente no oitavo, devido ao não transplante e, na última consulta, o paciente apresentou-se em estado regular, permaneceu com certa parestesia nas mãos e a ferida operatória bem cicatrizada.

Discussão. Em comparação a casos semelhantes de Mieloma Múltiplo, o paciente acima relatado apresenta diversas semelhanças, inclusive na colocação na escala de Frankel (TRM) onde se apresentou inicialmente com paraplegia (Frankel A). Além disso, a artrodese como procedimento para alívio da compressão é comum e indicada para tais pacientes, geralmente nas porções toraco-lombares (T10-L2), o que também ocorreu no paciente citado (T11, L1 e L2). Uma das diferenças marcantes do caso citado é a ação positiva da quimioterapia combinada à radioterapia, que foi muito mais efetiva do que em casos comparativos, possivelmente pelo estadiamento I do tumor, mesmo que mais agressivo na raça negra, cuja não detém a prevalência da doença no Brasil. O aumento da reabsorção óssea pode levar à hipercalcemia, característica clínica comum no início da doença, porém, ausente no caso relatado, e como consequência disso, não apresentou alterações renais. Enfim, constata-se, que o quadro clínico apresentado possui semelhanças à literatura tradicional e também divergências, o que faz desse, um caso de relevância médica.

Referências.

1. Devita, VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Cancer – Principles e Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer health; 2015. p. 1691-1701.
2. Hoff P.M.G, et al. Tratado de Oncologia. v 2 São Paulo: Athena; 2013. p. 2614- 2621.
3. Avanzi O, et al. Mieloma múltiplo da coluna: avaliação do tratamento cirúrgico. Coluna/Columna 2009;8(3):254-259.
4. Paula e Silva RO, et al. Mieloma múltiplo: características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico e estudo prognóstico. Rev. Bras. Hematol. Hemoter 2009;31(2):63-68.

30. RELATO DE CASO: COSTELA BÍFIDA

Paloma Kochhann Ruwer,^{1*} Paula Roberta Kappel,¹ Ana Carolina Milan,¹ Cristina Manera Dorneles²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* palomaruwer@gmail.com

Introdução. A Costela Bífida é uma anomalia congênita rara da parede torácica anterior. Pode se manifestar como um “caroço” na parede torácica, geralmente sendo indolor,

porém pode não haver nenhuma manifestação, sendo um achado incidental descoberto em uma radiografia de tórax realizada por outras razões. Raramente a bifurcação não poderá ser confirmada na radiografia, mas quando os resultados do raio-X não forem claros, pode ser feito exame ultrassonográfico ou tomografia computadorizada helicoidal (TC) com reconstrução 3D para uma avaliação mais precisa das anormalidades vistas na radiografia. A prevalência global de costela bífida é estimada em cerca de 0,15% a 3,4% (média de 2%) e é responsável por aproximadamente 20% de todas as anomalias congênitas das costelas. Esta anomalia congênita pode ocorrer esporadicamente como um defeito isolado ou pode ser visto em vários distúrbios genéticos, tais como a síndrome do nevo basocelular de Gorlin-Goltz, uma condição autossômica dominante rara caracterizada por múltiplos carcinomas basocelulares névicos, cistos da mandíbula e costelas bífidas. Uma costela bífida isolada normalmente não necessita de intervenção.

Descrição do caso. A.L.S.K., sexo masculino, um ano e oito meses de idade, atendido no Centro Materno Infantil (CEMAI) veio a sua primeira consulta com três meses de idade, encaminhado por testículo direito no períneo. Ao exame físico apresenta-se testículo direito localizado no períneo - para-escrotal, umbigo com falha da aponeurose de aproximadamente 0,4 cm e diástase de retos abdominais. Paciente ficou em acompanhamento e à mãe foram fornecidas explicações e orientações quanto ao caso. Paciente retorna à consulta com um ano e dois meses para mostrar raio-X de tórax. No laudo: anormalidade de costela: costela bífida; tórax: assimetria de hemitórax esquerdo com pectus carinatum parcial à esquerda. Abdômen plano, depressível, sem organomegalias e indolor; regiões inguinais: sem abaulamento, testículo esquerdo tópico e o direito localizado no períneo. O achado da costela bífida foi incidental, através do exame físico e, posteriormente, raio-X. Ademais, aos pais foram fornecidas explicações, orientações, bem como esclarecimento de perguntas.

Discussão. A costela bífida geralmente é unilateral. Ocorrem mais frequentemente nas terceira e quarta costelas e são ligeiramente mais comuns no lado direito do que no esquerdo. Na maior parte das costelas bífidas relatadas, o ponto de bifurcação é na parte óssea e cada ramo tem a sua própria cartilagem costal, que se reúne para formar um tronco e se unir ao esterno. São mais frequentes em homens. O conhecimento sobre as costelas bífidas pode ser útil no diagnóstico diferencial de tumor da parede torácica, fraturas de costelas, entre outros, durante avaliação radiológica de rotina. A anormalidade isolada de costela bífida pode ser considerada como fator causal para a produção de pectus carinatum assimétrico. No caso deste paciente, o achado

TRABALHOS

da costela bífida foi incidental, através do exame físico e, posteriormente, raio-X. Há assimetria de hemitórax esquerdo, com pectus carinatum parcial à esquerda, provavelmente causado pela costela bífida, condizendo com a literatura. Não havendo implicações respiratórias e cardiológicas, não será necessária nenhuma intervenção, sendo apenas indicada a revisão e acompanhamento do paciente.

Referências.

1. Joshua, S. A.; Shetty, L.; Sebastian, V. S. P. R. Chondro-manubrial deformity and bifid rib, rare variations seen in pectus carinatum : a radiological finding. *Surgical and Radiologic Anatomy Journal*, p. 443–447, 2013.
2. Kaneko, H. et al. Isolated bifid rib : Clinical and radiological findings in children. *Pediatrics International*, v. 54, n. January, p. 820–823, 2012.
3. Kryger, M.; Kosiak, W.; Batko, T. Bifid rib – usefulness of chest ultrasound. A case report. *Journal of Ultrasonography*, p. 446–450, 2013.
4. Song, W. et al. Bifid Rib : Anatomical Considerations in Three Cases. *Yonsei Medical Journal*, v. 50, n. 2, p. 300–303, 2009.

31. SÍNDROME DE ANGELMAN: RELATO DE CASO

Débora Benetti,^{1*} Crisley Piva,¹ Paula Roberta Kappel,¹ Fátima Cleonice de Souza²

¹Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* deborabenetti@hotmail.com

Introdução. A Síndrome de Angelman (SA) é uma anomalia genética caracterizada por um espaço entre a banda 11 e 13 do braço “q” do cromossoma 15, em 75% dos pacientes é resultante de uma deleção materna.¹ A incidência da SA é desconhecida, as estimativas variam entre 1/12.000 e 1/20.000 nascimentos.^{2,3} Essa condição genética rara determina atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ocasionando um comprometimento mental e funcional severo. São comuns aos portadores da síndrome, a epilepsia, comportamento alegre peculiar com risos imotivados, estereopitias de mãos, mioclonia, língua protusa, comprometimento ou ausência da fala, hipermotricidade e incapacidade de manter a atenção.^{3,4}

A literatura descreve um quadro de hipotonia pré-natal e posteriormente movimentos trêmulos, com a presença de marcha atáxica.⁵ Além disso, podem ser observados nessa síndrome episódios de autoagressividade em situações de frustrações, bruxismo, distúrbios do sono, entre outros. O pre-

sente trabalho tem como objetivo descrever as características clínicas e comportamentais presentes em um paciente típico, bem como relatar o seu manejo durante sua admissão em um hospital no interior do Rio Grande do Sul (RS).

Descrição do caso. D.H.S, 11 anos de idade, sexo masculino, 42 kg, nasceu de uma gestação a termo, parto cesárea, sem intercorrências. Em torno de seu 9º mês de vida a mãe observou que a criança não conseguia sustentar a cabeça. Aos 10-11 meses o paciente começou a apresentar crises convulsivas mioclônicas. Aos 12 meses, a criança foi diagnosticada com a Síndrome de Angelman. Paciente vem encaminhado do CEMAI, interna na enfermaria pediátrica do Hospital Santa Cruz (HSC) no dia 20/08, devido ao aumento da frequência e duração das crises epiléticas focais. Há cerca de duas semanas vinha apresentando agitação e intensificação da frequência das crises com mudança do padrão habitual. Apresentava tremor em mão esquerda, desvio conjugado do olhar e movimentos mastigatórios. Informante relata que previamente as crises estavam controladas, sendo que a última ocorrida foi há 3 meses. No dia posterior a sua internação apresentou uma piora ventilatória, tosse produtiva, esforço respiratório, cianose central e persistência da febre. Apresentava, ao exame físico, roncos, creptantes e sibilos esparsos. Feito diagnóstico de pneumonia foi iniciado tratamento com antibiótico cefuroxima, prednisona, nebulização e fisioterapia respiratória. Apresentou deslocamento da sonda de gastrostomia e vazamento, sendo realizada a troca por nova sonda de gastrostomia com mecanismo de antimigração, ao exame físico paciente apresentava dermatite periestomia e pequeno granuloma, foi indicado uso de pomada dermatológica a base de cetoconazol, betametasona e neomicina. O paciente apresenta um quadro clínico importante de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, com crises convulsivas, linguagem verbal não desenvolvida, movimentos involuntários do tipo mioclônico, com risos involuntários, movimentos desconexos, incapacidade para caminhar, comportamento excessivo de mastigação, estrabismo, ciclos anormais de sono/vigília, realiza dieta pela gastrostomia. Faz uso de topiramato, risperidona, fenobarbital, clonazepam e seguimento fisioterápico semanal. Após 5 dias da admissão hospital apresentava-se afebril, sem esforço respiratório e sem novos episódios de convulsão focal.

Discussão. Pacientes portadores de síndromes genéticas apresentam comportamentos característicos. O paciente do presente caso clínico apresenta padrões comportamentais característicos da Síndrome de Angelman, a qual hoje é classificada dentro dos transtornos invasivos do desenvolvimento. Em relação os aspectos clínicos da Síndrome de Angelman, o paciente apresentou várias características relatadas por outros autores (Fridman 1997; willian et al. 1995) como ausência de linguagem verbal, movimentos involuntários do tipo mioclônicos, presença de

TRABALHOS

crises convulsivas, deficiência mental grave, risos frequentes e aparentemente sem motivos, dificuldade em manter atenção, movimentos aleatórios das mãos e distúrbios do sono. O fenótipo do paciente era clássico dos indivíduos acometidos por essa síndrome, ou seja, cabelos finos e loiros, olhos claros, pés finos e compridos, dentes espaçados e macrostomia. A grande maioria dos estudos relata que os indivíduos que apresentam síndrome de Angelman apresentam andar atáxico e apenas 10% dos pacientes não adquirem marcha independente,⁸ como o presente paciente, que confere incapacidade de deambulação, fazendo uso de cadeira de rodas para locomoção. Também apresenta dificuldades de sustentação da postura ortostática que segundo alguns autores⁹ o atraso na aquisição da postura ortostática ocorre em função do posicionamento da coxofemoral, deformidade clássica do padrão postural da criança hipotônica e requer atenção em fases precoces do desenvolvimento. Pacientes com síndrome de Angelman podem conseguir um vocabulário de 2 a 5 palavras,¹⁰ no entanto, o paciente apresentava ausência de comunicação através de linguagem verbal, manifestando seus desejos ou sentimentos, como dor, através de gritos. Atualmente o paciente não consegue fazer muitos movimentos independentes como descer sozinho da cama, sentar-se sozinho e é incapaz de deambulação, mas auxilia na higiene pessoal, na troca de roupas e consegue manifestar desejos. O paciente não recebe nada por via oral fazendo uso de gastrostomia, pela qual é administrada alimentação, água e todos os medicamentos.

Referências.

- Smith A, Wiles C, Haan E, McGill J, Wallace G, Dixon J, et al. Clinical features in 27 patients with Angelman syndrome resulting from DNA deletion. *J Med Genet* 1996;33:107-12.
- Galván-Manso M, Campistol J, Monros E, Póo P, Vernet AM, Pineda M, et al. Angelman syndrome: physical characteristics and behavioural phenotype in 37 patients with confirmed genetic diagnosis *Rev Neurol* 2009;35:425-9.
- Veiga MF, Torales MPT. A expressão neurológica e o diagnóstico genético nas síndromes de Angelman, de Rett e do X Frágil. *JPed* 2014;78(1):55-62.
- Cerda MM, Gago RB. Características clínicas de dos probables casos de síndrome de Angelman en el Hospital Nacional de Niños. *Acta Med Costarric* 2004;46(2):88-90.
- De Campos AC, Costa CSN, Rocha NACF. Measuring changes in functional mobility in children with mild cerebral palsy. *Dev Neurorehab* 2011;14(3):140-4.
- Fridman C. Estudo genético-clínico de síndromes associadas à região 15q11-13, São Paulo, 1997. Dissertação de Mestrado, Departamento de Biologia, Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo.
- Williams CA, Beaudet AL, Clayton-Smith J, Knoll JH et al. Angelman Syndrome: consensus for diagnostic criteria. Angelman syndrome foundation. *Am J Med Genet* 1995;56:237-8.
- Bruni O, Ferri R, D'Agostino G, Miano S, Roccella M, Elia M. Sleep disturbances in Angelman syndrome: a questionnaire study. *Brain Dev* 2004;26:233-40.
- Vargas OO. Manejo de los Conceptos de Margaret Rood en Terapia Ocupacional (Endereço na Internet). El portal em español de terapia ocupacional (Citado em jun/2004). Disponível em: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Marg_Rood.shtml 16.Vasconcelos MH.
- Andersen WH, Rasmussen RK, Stromme P. Levels of cognitive and linguistic development in Angelman syndrome: a study of 20 children. *Logoped Phoniatr Vocol* 2001;26:2-9.

32. SÍNDROME DE DANDY WALKER

Victória Teles França,^{1*} Carolina Meert Merten,¹ Julia Casani,¹ Michel Cristian Grasel,¹ Fátima Cleonice de Souza,² Claus Dieter Dummer²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* victoriatfranca@gmail.com

Introdução. A Síndrome de Dandy Walker (SDW) é uma anomalia não familiar do sistema nervoso central, que geralmente aparece na infância e faz parte de um grupo de má formações congênicas relacionadas às disgenesias do paleocerebelo.¹⁻³ Foi descrita pela primeira vez por Sutton em 1887, sendo que em 1914, Dandy e Blakfan descreveram sua teoria patogênica, posteriormente complementada por Taggart e Walker.⁴ Tem incidência de 1 em 25.000 a 30.000 recém-nascidos vivos, com predomínio em mulheres sobre homens (3:1). Apresenta alta morbidade e mortalidade que varia de 10% a 66% e aumenta quando associada a outras malformações – que estão presentes em 75% dos fetos acometidos-, prematuridade e baixo peso.^{1,3,4} A SDW é caracterizada por achados que podem aparecer isolados ou associados, como dilatação cística do quarto ventrículo, hipoplasia cerebelar, hidrocefalia, fossa posterior ampla e atresia dos forames de luschka e magendie, além de diversas anormalidades associadas.^{1,2,5} Sua grande morbimortalidade e a possibilidade de diagnóstico durante o pré-natal tornam essa síndrome ainda mais importante para o conhecimento dos profissionais de saúde, que devem diagnosticar a doença o mais precocemente possível e pesquisar a presença de malformações associadas, tendo em vista que sua presença é o principal fator determinante do prognóstico fetal. Assim, relatamos o caso de um recém-nascido com

TRABALHOS

achados pré-natais e características físicas, neurológicas e cardiovasculares sugestivas de SDW, mas prognóstico limitado por anomalias associadas.

Descrição do caso. RN do sexo feminino, nascido de parto cesáreo com bolsa rota de 16 horas. Idade gestacional de 37,6 semanas pelo método de Capurro, apgar de 5 e 8 no 1º e 5º minuto, 2405 gramas, perímetro cefálico (PC) de 32cm e torácico de 28cm. Mãe com 30 anos, G1P1, sorologias negativas, hipertensa em uso de Aldomet 250mg (1x/dia), pré-natal (PN) de 6 consultas com diagnóstico de comunicação interventricular (CIV) moderada por ecocardiografia e presença de hipoplasia cerebelar e uma artéria no cordão umbilical em ecografia morfológica, indicando suspeita de SDW. RN ao nascimento com choro ausente, movimentos respiratórios irregulares, bradipneico, hipoativo, hipotônico, hipocorado, presença de micrognatia e baixa implantação do pavilhão auricular. Ausculta cardíaca apresentava bulhas normofonéticas com ritmo regular e sopro presente holossistólico, frequência cardíaca de 80 bpm, pulsos finos e pouco palpáveis, cianose central, extremidades frias e cianóticas. Na ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular era rude com sinais de hipoventilação. O exame abdominal apresentava ruídos hidroaéreos presentes, plano, normotenso, sem visceromegalias e com coto umbilical apresentando uma artéria e uma veia. No exame neurológico apresentava reflexos débeis com hipotonia generalizada. Apresentava polidactilia em membros superiores e membro inferior esquerdo. Paciente transferido para UTI neonatal em incubadora, em uso de O2 por máscara e aquecimento, que logo após evolui para parada respiratória e bradicardia. Apresenta melhora na saturação de oxigênio e frequência cardíaca após ventilação, que é procedida de intubação orotraqueal. Ecocardiografia evidenciando CIV grande com repercussões hemodinâmicas, shunt bilateral, hipertensão pulmonar e redução dos diâmetros do VE. Ecografia de crânio com dilatação dos ventrículos laterais e do terceiro ventrículo e disgenesia do corpo caloso. Foram iniciadas drogas vasoativas (Dopamina 5mcg/kg/min e Dobutamina 10mcg/kg/min), diuréticos (Furosemida 1mg/kg/dia) e oferta hídrica, mas RN manteve quadro de piora gradual, com saturação inadequada e má perfusão periférica. Após nova avaliação, apresentou variação na temperatura axilar de 36,7 – 37,2 C, frequência respiratória de 40 a 44 mrpm com expansibilidade diminuída, saturação de oxigênio de 81 a 88% e diurese de 12 ml/kg/hora, recebendo sedação contínua com Midazolam 0,6mcg/kg/min. Em nova avaliação apresentou piora, com queda da saturação para 38% após manuseio, sem recuperação. Foi constatado óbito 24 horas após nascimento, em decorrências das repercussões da CIV, após duas manobras de ressuscitação e 23 minutos de ressuscitação sem resposta.

Discussão. A SDW é uma anomalia congênita do sistema

nervoso central de ampla variedade de anormalidades, como dilatação cística do 4º ventrículo, diversos graus de alterações no vernis cerebelar, dilatação de 3º ventrículo e dos ventrículos laterais, alargamento da fossa posterior, elevação do tentório, hidrocefalia e agenesia do corpo caloso.^{1-3,5} Sua etiologia é incerta, mas considera-se que a SDW pode ocorrer como parte de uma doença mendeliana, a aneuploidia cromossômica (por exemplo, 45X, triploidia), exposições ambientais (por exemplo, rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus), uma etiologia multifatorial ou ainda como um defeito esporádico. Cromossomopatias são encontradas em até 55% dos fetos com diagnóstico pré-natal de SDW, sendo as mais comuns trissomia do 13, triploidia e trissomia do 18.^{3,4} A SDW engloba duas manifestações distintas, entre elas a SDW Clássica e Variante. A SDW variante é uma forma menos grave e mais comum da síndrome, caracterizada por disgenesia cerebelar sem alargamento da fossa posterior e hipoplasia do vermis cerebelar. Já a forma Clássica é constituída pela tríade de dilatação cística do quarto ventrículo, agenesia parcial ou completa do vermis cerebelar e fossa posterior alargada.⁴⁻⁶ As manifestações clínicas são variadas e estão relacionadas às alterações anatômicas intracranianas, como aumento do PC, fontanelas tensas, disjunção de suturas e sinais de disfunção cerebelar e do tronco encefálico como: bradicardia, bradipneia, ataxia da marcha, nistagmo, hipotonia e até mesmo convulsões.^{2,6,7} Crianças com diagnóstico tardio podem apresentar retardo no desenvolvimento motor e espasticidade. O desenvolvimento intelectual ainda permanece controverso, podendo encontrar um déficit cognitivo em 40 a 70% das crianças nascidas vivas. Em 5 a 70% dos casos há malformações extracranianas como polidactilias, defeitos cardiovasculares, palato fendido, rins policísticos e outros defeitos de face.^{1,3,5} O risco de mortalidade pós-natal aumenta quando associada a outras malformações, se comparado com a malformação isolada.¹ Prematuros e pequenos para a idade gestacional também apresentam um risco aumentado de mortalidade. Pode-se suspeitar da SDW ainda no pré-natal, através da US fetal evidenciando achados como dilatação do quarto ventrículo ou hipoplasia do vermis cerebelar, como relatado no caso. A hidrocefalia pode estar presente em três quartos dos casos e a SDW é responsável por até 12% dos casos de hidrocefalia.^{1,3,4,6} Quando essas alterações são encontradas, é recomendada a realização do cariótipo fetal para análise cromossômica através da amniocentese e cultivo das células do líquido amniótico, porém o diagnóstico definitivo, atualmente, é melhor realizado através dos achados neuro radiológicos característicos evidenciados na ressonância magnética (RNM).^{4,7,8} O tratamento cirúrgico da SDW permanece ainda hoje uma controvérsia. Atualmente, o tratamento mais aceito é o shunt cistoperitoneal, porém, este também, pode ocasionar complicações se o

TRABALHOS

arqueduto cerebral não é patente. O shunt cistoperitoneal pode ser suficiente na maioria dos casos, porém quando o arqueduto cerebral se encontra comprometido o shunt duplo ventrículos laterais está indicado¹. Apesar de constatada a relação da SDW com relato, através das características clínicas e achados da ultrassonografia, a realização da RNM seria confirmatória nesse caso, como também do cariótipo fetal para relacionar com possíveis alterações genéticas.

Referências.

1. Pereira CU, Machado JC, Machado SC. Síndrome de Dandy-Walker. Grupo Editorial Moreira Junior.
2. Ewald O, Scremin F, Busch F, Hertwig RV. Alterações oculares em paciente pediátrico portador de malformações de Dandy-Walker: relato de caso. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia 2006;69(1):97-99.
3. Khan RL, Leon CA, Romagna ES, Ballardín PAZ. Variante de Dandy Walker – relato de caso. Scientia Medica 2009;19(4):186-191.
4. Patta CB, Galluzzo RN, Correggio KS, Junior AT, Corrêa AM, Travesso DJ. Malformação de Dandy-Walker: diagnóstico pré-natal: relato de caso. Arquivos Catarinenses de Medicina 2013;42(3):71-75.
5. Murray JC, Johnson JÁ, Bird TD. Dandy-Walker malformation: etiologic heterogeneity and empiric recurrence risks. Clinical Genetics 1985;28:272-283.
6. Angel VF, Moreno IR, Lopez RG, Aceves CR, Muniz IM. Síndrome de Dandy-Walker. Archivos de Neurociencias 2013;18(2):92-98.
7. Farfan JH. Ultrasonografía y malformación de Dandy-Walker. Ginecología y obstetricia 2000;46(1):88-90.
8. Lepe AG, Alba IB, Soto SP. Síndrome de Dandy-Walker: presentación de un caso. Hipócrates Revista Médica 2013;18(2):92-98.

33. SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA COM USO DE ANTIPSICÓTICO ATÍPICO EM BAIXA DOSAGEM: RELATO DE CASO

Omar Mueller Moussalli,^{1*} Caroline Fredi Almeida,² Thricy Dhamer,² Aline Damé Vogg,³ Cauê Attab Negri-nho,³ Fábio Brum Vitória⁴

¹ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médica Residente em Psiquiatria. Hospital Bruno Born, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Médico(a) Residente em Psiquiatria. Hospital São José, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Médico Psiquiatra. Hospital Bruno Born, Rio Grande do Sul, Brasil

* omarmoussalli@live.com

Introdução. A síndrome neuroléptica maligna (SNM) é a mais grave complicação que resulta da administração de substâncias que bloqueiam a ação da dopamina no Sistema Nervoso Central (SNC).¹ Trata-se de uma reação idiossincrásica ao uso de neurolépticos, rara, grave e potencialmente fatal.¹ A SNM é facilmente reconhecida na sua forma clássica, porém costuma ser heterogênea no surgimento, apresentação, progressão e na evolução. Caracteriza-se por hipertermia, sinais extrapiramidais, alterações da consciência, flutuação da pressão arterial, incontinência esfíncteriana, dispneia, disfunção autonômica, elevação de fosfocreatinoquinase (CPK) e leucocitose.² O diagnóstico e o tratamento podem ser de difícil elucidação, devendo-se levar em conta o diagnóstico diferencial com outras condições neurológicas ou médicas graves. O presente relato visa discutir o risco de ocorrência da SNM com uso de antipsicótico atípico, particularmente a risperidona, assim como a importância do diagnóstico precoce e a intervenção imediata.

Descrição do caso. Paciente Feminina, 65 anos, solteira, aposentada, com internação recente para estabilização do Transtorno de Humor Bipolar tipo I, na ocasião cursando com sintomas psicóticos, em uso de Risperidona 2mg/dia e carbonato de lítio 900mg/dia. Retorna ao Pronto Socorro do Hospital Bruno Born, 15 dias após, apresentando leve rebaixamento de sensório e rigidez muscular importante. Segundo acompanhantes, há 4 dias iniciou com disfagia, evoluindo para inapetência severa, afasia, perda do controle esfíncteriano e diminuição da consciência. Na chegada, afebril, com instabilidade autonômica e catatonía. Interna para estabilização e elucidação do quadro clínico. Realizada Ressonância Magnética de Crânio, que não demonstrou alterações agudas. Exames laboratoriais com discreta leucocitose, sem desvio (leucócitos totais 14.620) e Creatinofosfoquinase (CPK) 281, demais sem particularidades. Evolui com rebaixamento importante de sensório e hipertemia, pouco responsiva ao uso de antipiréticos, sendo encaminhada para cuidados em UTI. Foram retirados os medicamentos em uso e realizado manejo para Síndrome Neuroléptica Maligna, hidratação e início de agonista dopaminérgico. Após 72 horas, paciente é transferida para o setor psiquiátrico para seguimento, recebendo alta hospitalar em 19 dias, com uso de Ácido Valpróico 1000mg/dia e encaminhada para acompanhamento ambulatorial.

Discussão. A Síndrome Neuroléptica Maligna foi descrita pela primeira vez na literatura francesa em 1960 por Delay, consistindo uma reação idiossincrática a agentes neurolépticos, provavelmente relacionada a bloqueio dos receptores dopaminérgicos nos gânglios da base, sendo por isso também conhecida como síndrome da deficiência aguda de dopamina.³ A incidência relacionada com antipsicóticos típicos varia entre 0,02% a 2,46%, mas não é bem estabelecida para antipsicóti-

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

cos atípicos, como o utilizado pela paciente em questão.⁴ Contudo, o uso concomitante do antipsicótico com o lítio a torna mais suscetível ao desenvolvimento da síndrome. Outros fatores de risco a serem considerados são: episódio prévio de SNM, uso de antipsicóticos de alta potência, titulação rápida da dose, administração parenteral, desidratação e de lítio e exaustão física.⁵ Costuma ocorrer principalmente no início do tratamento com neurolépticos, porém, pode ocorrer mesmo após um longo tempo de uso da medicação.⁶ Esta patologia pode ter complicações graves e levar a óbito. Tais complicações são consequência da rigidez muscular severa e da imobilização prolongada. A dificuldade de ingestão leva a desidratação, aumentando o risco de rabdomiólise e falência renal aguda, além de outras complicações sérias desta síndrome.⁷ A medicação em uso deverá ser suspensa imediatamente diante da suspeita clínica, e esta é a mais importante e decisiva intervenção médica. Desta forma, o diagnóstico precoce da SNM é fundamental para a obtenção do sucesso terapêutico, pois, pode tornar-se uma complicação grave e potencialmente fatal quando subdiagnosticada. Devendo seu diagnóstico e manejo ser do conhecimento não só do psiquiatra, mas também de outros profissionais.⁸

Referências.

1. Paulo E Marchiori, Nise B Carvalho. Síndrome Neuroléptica Maligna. Revista Neurociências V13 N3 (supl-versão eletrônica) – jul/set, 2005.
2. Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome; In: Mann SC, Caroff SN, Keck PE, et al. (editors). Neuroleptic malignant syndrome and related conditions. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003, p. 1-44.
3. Delay J, Pichot P, Lemperiere T. Un neuroleptique majeur non phenothiazine et non reserpinique l'haloperidol dans le traitement des psychoses. Ann Med Psychol (Paris) 1960;118:145-152.
4. Nielsen J, Bruhn AM. Atypical neuroleptic malignant syndrome caused by olanzapine. Acta Psychiatr Scand 2005;112:238-40.
5. Berardi D, Dell'Atti M, Amore M, De Ronchi D, Ferrari G. Clinical risk factors for neuroleptic malignant syndrome. Hum Psychopharmacol 2002;17:99-102.
6. Sachder PS. A rating scale for neuroleptic malignant syndrome. Psychosomatics 2004;45(4):363-4.
7. Ananth J, Aduri K, Parameswaran S, et al. Neuroleptic malignant syndrome: risk factors, pathophysiology, and treatment. Acta Neuropsychiatrica 2004;16(4):219-28.
8. Strawn JR, Keck JR, Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry 2007;164(6):870-6.

TRABALHOS

Categoria: Liga acadêmica
Modalidade: Trabalho original

34. A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR PARA A POPULAÇÃO

Rodrigo Momberger Roesler,^{1*} Alessandra Caren Frey,¹ Augusto Sari Cassol,¹ Bruna Carla Boeira,¹ Fernanda Brands,¹ Guilherme Backes,¹ Jéssica Pinto Ebert,¹ Lilian Ribas Bamberg,¹ Ludimila Muller de Moraes,¹ Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* rroesler96@gmail.com

Introdução. A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento no qual as funções cardíacas e respiratórias encontram-se comprometidas, impedindo assim, que o sangue oxigenado chegue aos tecidos. Pode ocorrer com qualquer pessoa e em qualquer local, o que torna imprescindível a necessidade de que todos tenham informações sobre como agir em uma situação como essa. A realização imediata de reanimação cardiopulmonar (RCP), mesmo que apenas com compressões torácicas, contribui significativamente para um melhor prognóstico da vítima. Estima-se que no Brasil ocorram todo ano cerca de 200.000 PCRs, metade das quais fora do ambiente hospitalar. Acredita-se que a cada minuto que um indivíduo em PCR ficar sem a reanimação cardiopulmonar, apresentará menos 10% de chance de sobreviver, assim evoluindo a um provável óbito se nada for feito em cerca 10 minutos. Existem registros de programas internacionais de RCP e desfibrilação externa automática precoces realizadas por leigos com sobrevivência de até 85%. Assim, o presente estudo teve por objetivo verificar os conhecimentos da população sobre o reconhecimento da PCR e manobras de RCP, bem como alertar para a importância da difusão desses conhecimentos às pessoas leigas.

Metodologia. O Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar consiste em um evento social, gratuito e sem fins lucrativos, pioneiro em nosso país, de idealização e organização central da Liga Acadêmica de Trauma e Emergência do Maranhão (LATE-MA) e Bernardinomed (Centro de Treinamento Internacional da American Heart Association no Maranhão). O evento surgiu da necessidade de difusão de conhecimentos em RCP entre a população e já está em sua terceira edição, sendo realizado pela primeira vez este ano na cidade de Santa Cruz do Sul pela Liga do Trauma do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Durante a realização do evento, que

se deu no dia 27 de agosto de 2016 e contou com estações de treinamento de RCP adulto, pediátrico e uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA), foi aplicado um questionário semiestruturado aos participantes que concordaram em respondê-lo. Participaram da capacitação um total de 73 pessoas e 67 delas responderam ao questionário. Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0.

Resultados. Responderam ao questionário 67 indivíduos com idades entre 12 e 69 anos, sendo 29 do sexo masculino e 38 do sexo feminino. 88,1% dos sujeitos de pesquisa responderam corretamente qual a função do coração, enquanto 11,9% responderam de forma incorreta ou não souberam responder. Quanto à pergunta "Em sua opinião, se o coração parar de funcionar, ou seja, uma parada cardíaca, o que acontece se nada for feito nos primeiros 10 minutos?", 94% dos sujeitos responderam corretamente (provavelmente óbito) e 6% responderam de forma incorreta ou não souberam responder. Quanto ao reconhecimento de uma pessoa em PCR, 13,4% responderam pessoa inconsciente (desmaiada), 11,9% ausência de respiração apenas, 70,1% responderam pessoa inconsciente (desmaiada) e com ausência de respiração e 4,5% não souberam responder. À pergunta "Como você agiria se, ao chegar em casa, encontrasse um familiar em parada cardíaca?", 23,9% dos indivíduos responderam ligar para o SAMU apenas, 56,7% responderam ligar para o SAMU e iniciar manobras de RCP, 16,4% responderam que colocariam a vítima no carro e a transportariam rapidamente ao hospital e 3,0% responderam que apenas iniciariam manobras de RCP. As pessoas que escolheram uma alternativa envolvendo manobras de RCP foram questionadas sobre como fariam essas manobras, e dessas, somente 55% responderam corretamente (compressões torácicas). Assim, somente 32,8% dos entrevistados saberia o que fazer corretamente em uma PCR. 46,3% dos entrevistados afirmaram saber o que é um DEA, mas somente 25,8% desses sabiam dizer locais onde ele poderia ser encontrado (considerando corretas respostas com citação de, no mínimo, alguns locais de grande circulação – shoppings, aeroportos, aviões, casas de show, estádios, etc). 29,9% dos entrevistados afirmaram já ter recebido algum tipo de treinamento sobre como agir em uma PCR, mas somente 25% desses disseram se sentir seguros para atender uma PCR naquele momento.

Discussão. No presente estudo, observou-se que a maior parte dos indivíduos sabia a função do coração, o que acontece com a perda dessa função e como reconhecê-la. No entanto,

TRABALHOS

somente um terço deles saberia realmente como agir diante de uma PCR. Pôde-se ver também que menos da metade dos sujeitos sabia o que é um DEA e desses, somente um quarto saberia onde o dispositivo pode ser encontrado. Ainda, menos de um terço dos entrevistados já havia recebido algum tipo de treinamento sobre como agir em uma PCR e desses apenas um quarto teria segurança para prestar o socorro. Considerando que situações de emergência são imprevisíveis e os primeiros socorros, na maioria das vezes, são prestados por leigos, surge a preocupação com a orientação e preparo dessa população, pois o atendimento inicial até a chegada das equipes de emergência pode definir a sobrevivência ou não da vítima. Cerca de metade dos casos de PCR ocorre em ambiente extra hospitalar e menos de uma a cada três dessas vítimas recebe ajuda de salvamento de um espectador. Cerca de 90% das pessoas que tem uma parada evoluem a óbito antes de chegar ao hospital se não forem aplicadas as manobras, e a RCP pode triplicar as chances de sobrevivência. Em 2004, a American Heart Association (AHA) recomendou que as escolas americanas estabelecessem uma meta para treinar todos os professores e estudantes em RCP em consonância com as orientações da International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que um ano antes recomendou enfaticamente a inclusão do Suporte Básico de Vida (SBV) no currículo escolar. Desde essa época, muitos estados americanos e alguns países europeus vêm implementando na grade acadêmica do ensino médio o treinamento em PCR e o uso do DEA. No Brasil não existe legislação que assegure o ensino das práticas de suporte básico de vida nas escolas e de acordo com a Diretriz Brasileira de Ressuscitação Cardiopulmonar da Sociedade Brasileira de Cardiologia, lançada em 2013, ampliar o acesso ao ensino da RCP é o principal desafio.

Conclusão. A parada cardíaca é um evento súbito e imprevisível que pode acontecer com qualquer pessoa a qualquer momento e é responsável por milhares de mortes todos os anos, as quais poderiam ser evitadas com o reconhecimento da parada, a realização das manobras e o uso correto do DEA. Assim, evidencia-se a importância da difusão de conhecimentos sobre PCR e do ensino de manobras de RCP para a população leiga.

Referências.

1. Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar [homepage na internet]. Sobre o DIA [acesso em 04 set 2016]. Disponível em: <http://dianacionaldareanimacao.late-ma.com.br/>
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2013;101(2 Supl. 3):1-221.
3. Fernandes JMG, Leite ALS, Auto BSD, Lima JEG, Rivera IR,

Mendonça MA. Ensino de Suporte Básico de Vida para Alunos de Escolas Pública e Privada do Ensino Médio. Arq. Bras. Cardiol 2014;102:593-601

4. Bhanji F, Mancini ME, Sinz E, Rodgers DL, McNeil MA, Hoadley TA, et al. Part 16: education, implementation, and teams: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122(18 Supl. 3):920-33.

35. A IMPORTÂNCIA DO TESTE DO RELÓGIO COMO RASTREAMENTO DE DÉFICIT COGNITIVO: UM ESTUDO DE CASO

Andressa Wendland,^{1*} Larissa Lenz Kniphoff da Cruz,¹ Valdir Borges Dutra Junior,¹ Camila Nunes Venâncio Paesetto,¹ Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa,¹ Monique Zambra Messerschmidt,¹ Ana Paula Quadros Bolzan,¹ Melissa Agostini Lampert²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* andressawendland@hotmail.com

Introdução. Cognição é o processo neurológico que envolve a compreensão e deliberação sobre um ato do cotidiano, sendo dividida em memória, praxia, linguagem, função executiva e função visuoespacial.¹ Com isso, diversas condições podem influenciar o aspecto cognitivo do indivíduo: declínio funcional ao longo dos anos, utilização de medicamentos, mudanças no ambiente de moradia, fatores estressores, síndromes demenciais, entre outros, sendo necessária constante avaliação e mensuração de possíveis modificações de tal aspecto.^{1,2} Um dos métodos de avaliação cognitiva é o Teste do Relógio, capaz de rastrear de forma rápida um possível déficit nas habilidades visuoespaciais e visuomotoras, além da função executiva. Quando submetido a esse teste, é esperado que o paciente desenhe um relógio analógico com todos os seus elementos: forma, números, ponteiros e a hora pré-estabelecida pelo profissional, sendo o desempenho do paciente classificado de 0 a 5, no qual zero corresponde a inabilidade total de representação do relógio e cinco corresponde a uma representação que abrange todos os elementos do relógio analógico.^{2,3} No ambulatório de geriatria do SIS (Sistema Integrado de Saúde), na Universidade de Santa Cruz do Sul, a paciente L.M.E. realiza o teste do relógio desde o ano de 2012 e demonstrou significativas variações no seu desempenho de acordo com a situação biopsicossocial e terapêutica de suas patologias (histórico de carcinoma de mama em 2006, hipertensão, diabetes, hipotireoidismo e depressão). Nesse contexto, o

TRABALHOS

presente estudo tem como objetivo demonstrar a influência de condutas de profissionais, de medicações, de tratamentos e do contexto social nos domínios cognitivos de um idoso, além de observar pelo Teste do Relógio uma paciente e sua evolução ao longo dos anos com base nas situações vivenciadas.

Metodologia. Realizou-se um estudo de caso através da avaliação de prontuário de uma paciente idosa, com foco no Teste do Relógio, nos anos de 2012, 2013 e 2015. Essa pesquisa foi feita no ambulatório no SIS na Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. Os dados coletados nas respectivas consultas foram tabulados no software Microsoft Excel 2010 e analisados com base na literatura.

Resultados. A partir da realização do Teste do Relógio nas consultas ambulatoriais, as imagens obtidas são representadas na figura 1 (relativas ao ano de 2012) e figura 2 (correspondente aos anos de 2013 e 2015). Dessa forma, evidenciam-se as variações na representação de uma mesma figura conceitual, que refletem diretamente as flutuações cognitivas vivenciadas pela paciente nos períodos descritos. Ainda, na tabela 1, foi estabelecida uma relação entre todos os testes realizados e seus resultados com o local de moradia da idosa e os medicamentos utilizados como abordagem terapêutica de suas patologias.

Tabela 1. Datas das consultas, respectivas medicações em uso e habitação no período correspondente e resultados obtidos referentes a realização do teste.

| Data | Medicações em uso | Moradia | Pontuação no Teste do Relógio |
|---------------|---|----------------------|-------------------------------|
| Abril/2012 | Tamoxifeno, Enalapril, Paroxetina, Puran | Casa geriátrica | 1 |
| Agosto/2012 | Tamoxifeno, Enalapril, Hidroclorotiazida | Casa geriátrica | 3 |
| Outubro/2012 | Tamoxifeno, Enalapril, Paroxetina | Casa geriátrica | 3 |
| Novembro/2013 | Tamoxifeno | Em casa | 3 |
| Mai/2015 | Tamoxifeno, Enalapril, Paroxetina, Puran, Alendronato | Em casa com cuidador | 1 |

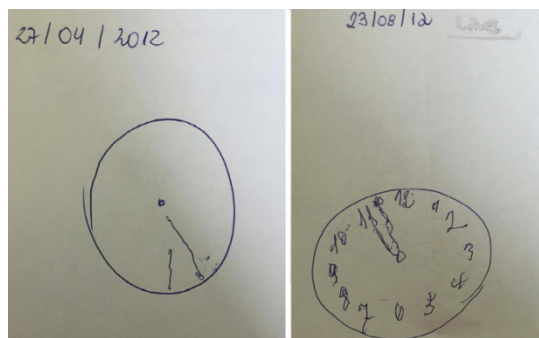


Figura 1. Teste do Relógio nas consultas ambulatoriais relativas ao ano de 2012.

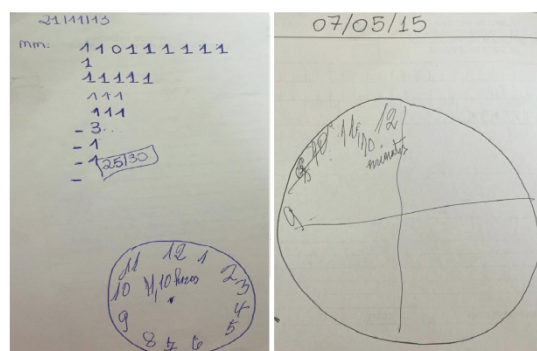


Figura 2. Teste do Relógio nas consultas ambulatoriais relativas aos anos de 2013 e 2015.

Discussão. Com base nos resultados obtidos, cuja pontuação expõe flutuações no que tange o desempenho cognitivo do indivíduo em questão, buscou-se correlacionar a obtenção de cada valor com mudanças de cunho terapêutico e habitacional. Primordialmente, a cognição possui aspecto multi-dimensional, podendo ser influenciada por fatores diretos e indiretos, relativos ao indivíduo e ao meio que o cerca. Assim, ao identificar as patologias de um paciente e seu contexto biopsicossocial, as intervenções definidas pelos diversos profissionais e o direcionamento por parte do próprio paciente e de sua família quanto às escolhas relativas à manutenção da independência e autonomia do idoso devem objetivar a preservação das capacidades funcionais e o bem-estar do mesmo. Dessa forma, ao analisar as variações que ocorreram, dois importantes aspectos podem ser salientados: tratamento proposto e sua consequente adesão e transição de ambientes habitacionais. Assim, em um primeiro momento (abril/2012), observou-se que a paciente apresentava declínio cognitivo importante, possivelmente relacionado a suas patologias e a uma baixa adesão ao tratamento previamente proposto, o que acarretou agravamento de seu quadro e foi fator desencadeante para a sua institucionalização. Após, infere-se que com a otimização dos cuidados terapêuticos e um maior controle quanto à evolução e manutenção das terapêuticas propostas (agosto/2012 e outubro/2012) uma melhora considerável ocorreu. Isso pode ser observado a partir de uma nova aplicação do

TRABALHOS

Teste do Relógio, no qual L.M.E. obteve pontuação 3. De-
starte, baseada na melhora global dos aspectos cognitivos
e de desempenho motor, a paciente voltou a residir sozinha
em sua casa, realizando controle próprio de suas medicações,
preservando sua autonomia (novembro/2013). No entanto,
notou-se em seu seguimento um declínio cognitivo gradual
nas consultas subsequentes (maio/2015), que se relacionava a
uma adesão limitada ao tratamento proposto. Devido a essa
mudança, que comprometeu a terapêutica, a família optou
por manter a idosa em sua residência, contudo, acompanhada
por uma cuidadora. Deste modo, a partir da análise reali-
zada e das consequentes mudanças percebidas, infere-se que
a abordagem ao paciente com declínio cognitivo deve suscitar
a investigação dos mais diversos fatores que possam inter-
ferir em sua funcionalidade. Portanto, estabelecer uma busca
completa de aspectos pessoais, familiares e terapêuticos
faz-se necessária para que intervenções sejam sugeridas de
maneira coerente, visando a correção de fatores estressores e
assim propiciar o melhor desfecho relativo ao caso.

Conclusão. O Teste do Relógio, no que tange a avaliação
cognitiva, constitui ferramenta que fornece a possibilidade de
detectar flutuações no domínio cognitivo do paciente. Portanto,
pode ser utilizada como auxílio para rastreamento de condições
que permitam prejuízo funcional cognitivo ao idoso.

Referências.

1. Moraes, E.N.; Marino, M.C.A.; Santos, R.R. Principais Síndromes Geriátricas. *Rev Med Minas Gerais* 2010;20(1):54-66.
2. Hamdan, A.C.; Hamdan, E.M.L.R. Teste do desenho do relógio: desempenho de idosos com doença de Alzheimer. *RBCEH*, v. 6, n. 1, p. 98-105, jan/abr. 2009.
3. Cíntia, S.; Uchôa, E.; Lima-Costa, M.F. Teste do Relógio: uma revisão da literatura sobre este teste para rastreamento de déficit cognitivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2003;52(3):223-235.

36. A PREVALÊNCIA DE CÂNCER NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL CONFORME A PORCENTAGEM DE ESTABELECIMENTOS RURAIS QUE USAM AGROTÓXICOS NO SUL DO BRASIL

Luiz Inácio Roman,^{1*} Eduardo Lange Rech,¹ Victória Teles França,¹ Tássia Callai,¹ Angelina Bopp Nunes,¹ Marina Fernandes Bianchi,¹ Maria Júlia Prestes Garcia,¹ Giulia Rubin Fuga,¹ Sabrina Pedrotti,¹ Alex Schwengber²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*roman_luiz@live.com

Introdução. Os cânceres do sistema nervoso central (SNC) constituem um grupo de tumores malignos que abrangem o cérebro, nervos cranianos e meninges, os quais apesar de representarem apenas 2% do total das neoplasias malignas, possuem severo risco de mortalidade e incapacitação.¹ Os dois tipos histológicos mais comuns são os gliomas nos homens e os meningiomas nas mulheres. A etiologia do câncer cerebral é pouco entendida, uma vez que a exposição à radiação ionizante e certas anormalidades genéticas são os únicos fatores de risco estabelecidos, porém outros vêm sendo estudados.² A incidência vem aumentando gradualmente em muitos lugares do mundo, inclusive no Brasil. Esse aumento tem sido atribuído às exposições ambientais e ocupacionais, por exemplo, os trabalhadores petroquímicos, a indústria da borracha, os profissionais de saúde e os agricultores.¹ Dentre esses, os agricultores são os que têm maior associação com risco de câncer cerebral, pois estão expostos a diversos fatores predisponentes, incluindo solventes, infecções microbianas e, principalmente, o uso de agrotóxicos.¹ Estima-se que dois terços do total de pesticidas existentes sejam utilizados na agricultura, portanto os trabalhadores agrícolas são a população mais suscetível à exposição. No Brasil, o uso de agroquímicos em alimentos aumentou expressivamente, observa-se que nos últimos dez anos até 2015, o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, enquanto que no Brasil cresceu 190%.³ Observado o elevado uso de defensivos agrícolas pela população, e a crescente prevalência de câncer no SNC, realizamos o presente estudo com o objetivo de identificar as consequências do uso de agrotóxicos na prevalência das neoplasias do sistema nervoso central e fazer uma comparação entre os municípios da região Sul do Brasil.

Metodologia. Foi realizado um estudo ecológico, sendo os dados referentes às neoplasias coletados através do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram analisadas as informações alusivas ao número de casos de neoplasias no período de 2005 a 2015, de acordo com a localização primária, abrangendo meninges (C70), encéfalo (C71), medula espinhal e outras partes do SNC (C72) dos municípios de Guarapuava (PR), Cascavel (PR), Curitiba (PR), Joinville (SC), Chapecó (SC), Lages (SC), Erechim (RS), Ijuí (RS), Uruguaiana (RS) e Porto Alegre (RS). Foram selecionados os municípios com maior e menor número de estabelecimentos rurais que utilizam agrotóxicos dos estados do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul de acordo com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) divulgados em 2006. Para o cálculo das prevalências foram utilizadas também informações disponibilizadas pelo IBGE referentes às populações totais de cada município de acordo o CENSO 2010. Os dados foram computados e analisados no software *Microsoft Office Excel 2010*.

TRABALHOS

Resultados. Na figura 1, está representada a prevalência de câncer de SNC (meninges, encéfalo, medula espinhal e outras partes do SNC) por 10.000 habitantes entre os anos de 2005 e 2015. A figura 2 representa os municípios com maiores e menores porcentagem de estabelecimentos rurais que usam agrotóxico nos estados da Região Sul do Brasil. Analisando as prevalências de cânceres de SNC descritas na figura 1, comparando com o índice de uso de agrotóxicos expostos na figura 2, observamos que nos municípios onde se fez maior uso de pesticidas entre os anos de 2005 e 2015, as prevalências de cânceres do SNC foram maiores, destacando cidades como Ijuí, Erechim, Chapecó e Cascavel. Esses municípios foram, dentre os incluídos no presente estudo, os que apresentaram as maiores prevalências de câncer de SNC e também as maiores porcentagens de estabelecimentos rurais que utilizam agroquímicos. Ademais, é possível analisar que mesmo esses municípios sendo cidades do interior, apresentam níveis superiores de prevalência de neoplasia do SNC, comparados aos de grandes centros estaduais como Porto Alegre, Curitiba e Joinville – mesmo considerando a presença de subnotificações existentes nas cidades interioranas. Dentre os municípios analisados no estudo, os que apresentam maior prevalência de tumores do SNC foram Erechim e Ijuí, cidades gaúchas interioranas e que se encontram localizadas geograficamente no noroeste gaúcho – que, de acordo com um mapa do Laboratório de Geografia Agrária da USP de 2016, elaborado a partir de dados do IBGE de 2006, é o campeão nacional no uso de agrotóxicos. Os municípios de Uruguaiana, Lages e Guarapuava, quando comparados dentro do seu estado, apresentaram níveis inferiores de neoplasia cerebral concomitantemente ao baixo uso de agrotóxicos, excetuando-se Curitiba e Porto Alegre. Essas duas capitais, embora tenham uma menor porcentagem de uso dos defensivos agrícolas, em virtude da maior urbanização, acabam drenando pacientes de diversas cidades vizinhas e possuem um melhor sistema de notificação, contribuindo para o aumento da prevalência neoplásica observada. Mas, mesmo assim, os valores desses centros mais urbanizados ficam muito distantes daqueles das cidades do noroeste gaúcho. Quando se compara as cidades do noroeste gaúcho com as cidades do oeste catarinense, aqui representadas pelo município de Chapecó, embora ambas tenham uma porcentagem de uso de agroquímicos semelhantes (79% e 72%, respectivamente), a forma de aplicação dos pesticidas pode estar influenciando na diferença expressiva da prevalência de tumores (cerca de 16% e 8%, respectivamente), uma vez que há maior utilização da aplicação aérea do que terrestre no noroeste gaúcho.

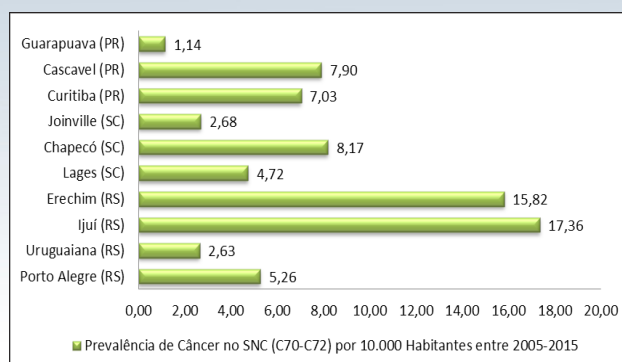


Figura 1. Prevalência de Câncer no SNC (C70-C72) por 10.000 Habitantes entre 2005-2015. Fonte: RHC - INCA, 2016.

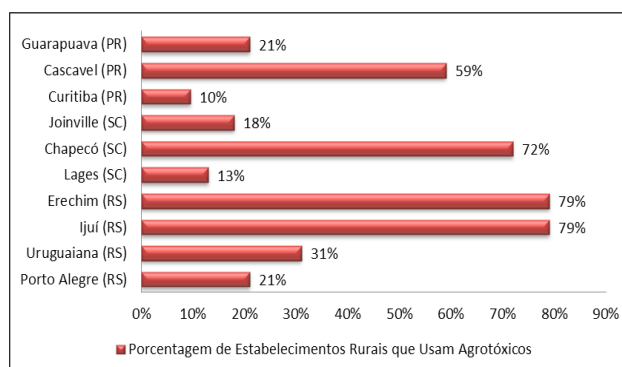


Figura 2. Porcentagem de Estabelecimentos Rurais que Usam Agrotóxicos. Fonte: IBGE, 2006.

Discussão. Uma metanálise de estudos epidemiológicos relatou elevado risco de câncer de cérebro em agricultores.⁴ Miranda et al. observaram que trabalhadores agrícolas apresentam mais chance de morrerem por câncer cerebral que homens não agrícolas.³ Os resultados de um estudo caso-controlado italiano sugeriu um risco quatro vezes maior de glioma entre os agricultores que usaram inseticidas e fungicidas, e três vezes maior entre usuários de herbicidas.⁵ Dois estudos franceses encontraram um risco aumentado de câncer no cérebro em plantadores.⁶ Entretanto, pouco se sabe sobre os fatores etiológicos para as neoplasias cerebrais. Assim, várias associações foram relatadas incluindo fatores genéticos, dieta, infecção viral, trauma físico, medicações, radiação e exposições ocupacionais.¹ Alguns estudos sugerem que os fatores hormonais estão relacionados com risco de glioma e meningioma,⁷ e outros indicam que os tumores cerebrais podem estar relacionados com desordens autoimunes.⁸ A maioria dos análises sobre exposições ocupacionais em agricultores concentraram-se em dois grupos gerais de fatores

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

de risco: produtos químicos e exposição biológica aos vírus zoonóticos oncogênicos. Diversos pesquisadores têm investigado a ação dos pesticidas como possíveis fatores etiológicos para neoplasia cerebral, pelo seu efeito neurotóxico. Uma possível associação entre o câncer de cérebro e a exposição de crianças aos pesticidas tem sido sugerida por alguns relatos de casos, devido à capacidade de acumulação desses no tecido adiposo. Níveis elevados de compostos organoclorados foram encontrados nos adipócitos de pacientes com glioblastoma. O uso de fertilizantes também pode ser outro fator de risco potencial, pois o teor de nitrogênio nos adubos pode ocasionar a biossíntese de nitrosaminas, as quais são potentes carcinógenos. Alguns compostos fenólicos utilizados nas produções de fertilizantes, fungicidas e herbicidas são conhecidos como carcinogênicos.¹ Assim, os fatores supracitados podem estar envolvidos na gênese da alta prevalência de câncer do sistema nervoso central nos municípios com maior porcentagem de uso de agrotóxicos, com destaque para o noroeste gaúcho (Erechim e Ijuí), oeste catarinense (Chapecó) e oeste paranaense (Cascavel), nos quais mesmo havendo subnotificações, os valores foram superiores aos grandes centros de cada estado (Porto Alegre, Joinville e Curitiba, respectivamente). Contudo, Samanic et al. demonstraram que não houve associação entre o glioma e exposição a inseticidas ou herbicidas, em homens ou mulheres. Todavia, as mulheres que relataram o uso de herbicidas apresentaram um risco significativamente aumentado de meningioma em comparação com mulheres que nunca usaram, e houve tendências significativas de risco crescente com o aumento dos anos de exposição aos herbicidas. Não houve associação entre meningioma e herbicida ou exposição a inseticida entre os homens.² Provost et al. relataram um aumento significativo do risco de glioma, mas não para o meningioma, associado à exposição ocupacional cumulativa para pesticidas.⁹ Resultados de estudos de aplicadores de pesticidas e estudos que examinaram a associação entre pesticidas e todos os cânceres cerebrais, como um grupo, tiveram resultados mistos.¹⁰ Assim, não há estudos concordantes suficientes para relacionarmos a maior incidência de câncer no SNC diretamente ao uso de agrotóxicos, embora haja uma maior ocorrência de casos nas regiões que apresentam maior utilização dos defensivos agrícolas.

Conclusões. Portanto, foi possível observar que os municípios da região Sul do Brasil que utilizam maior quantidade de agrotóxicos (Erechim, Ijuí, Chapecó e Cascavel) tiveram um aumento expressivo na prevalência de câncer no SNC, em comparação aos que fazem menor uso. Isso sugere que a exposição aos agroquímicos pode ser um fator determinante para o desenvolvimento desse tipo de câncer – como já evidenciado em algumas pesquisas. Entretanto, mais estudos se fazem necessários para comprovar essa associação

encontrada, tendo em vista o crescimento abusivo do uso de defensivos agrícolas nos últimos anos.

Referências.

1. Khuder SA, Mutgi AB, Schaub EA. Meta-Analyses of Brain Cancer and Farming. *American Journal Of Industrial Medicine* 1998;34(3):252–260.
2. Samanic CM, De Roos AJ, Stewart PA, Rajaraman P, Waters MA, Inskip PD. Occupational Exposure to Pesticides and Risk of Adult Brain Tumors. *American Journal of Epidemiology* 2008;167(8):976–985.
3. Miranda-Filho AL, Monteiro GTR, Meyer A. Brain cancer mortality among farm workers of the State of Rio de Janeiro, Brazil: a population-based case-control study, 1996-2005. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 2012;215(5):496-501.
4. Blair A, Zahm SH, Pearce NE, Heineman EF, Fraumeni JF Jr. Clues to cancer etiology from studies of farmers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 1992;18(4):209–215.
5. Musicco M, Sant M, Molinari S, Filippini G, Gatta G, Berrino F. A case-control study of brain gliomas and occupational exposure to chemical carcinogens: the risk to farmers. *American Journal of Epidemiology* 1988;128(4):778–785.
6. Yiin JH1, Ruder AM, Stewart PA, et al. The upper midwest health study: a case-control study of pesticide applicators and risk of glioma. *Environmental Health* 2012;11:39.
7. Navarro Silvera SA, Miller AB, Rohan TE. Hormonal and reproductive factors and risk of glioma: a prospective cohort study. *International Journal of Cancer* 2005;118(5):1321–1324.
8. Brenner AV, Linet MS, Fine HA, et al. History of allergies and autoimmune disease and risk of brain tumors in adults. *International Journal of Cancer* 2002;99(2):252–259.
9. Provost D, Gruber A, Lebailly P, et al. Brain tumors and exposure to pesticides: a case-control study in southwestern France. *Occupational and Environmental Medicine* 2007;64(8):509–514.
10. Figa-Talamanca I, Mearelli I, Valente P, et al. Cancer mortality in a cohort of rural licensed pesticide users in the province of Rome. *International Journal of Epidemiology* 1993;22(4):579–583.

37. A RELAÇÃO ENTRE IMC E SAHOS GRAVE E OS PRINCIPAIS SINTOMAS ENCONTRADOS EM PACIENTES EM UMA CLÍNICA DE SANTA CRUZ DO SUL

Jéssica Danieli Brondani Machado,^{1*} Janaína Benetti,¹ Rodrigo Longaray Nothen,¹ Alexandra Rech Vieira,¹ Priscila Ferreira Cortez,¹ Mônica Ribeiro Campos,¹ Diego Gehrke Pistoia,¹ Mariana Wagner Rigo,¹ Thomas

TRABALHOS

Henrique Jung,¹ Ingrid Wendland Santanna²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* jeh.dani@hotmail.com

Introdução. A Síndrome da Apnéia/Hipoapnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é caracterizada por interrupções recorrentes da respiração durante o sono devido à obstrução temporária das vias aéreas. A apnéia é definida como ausência de fluxo aéreo com duração mínima de 10 segundos e hipopnéia é a redução do fluxo aéreo maior ou igual a 30% com desaturação maior ou igual a 4%. O índice de apnéia e hipoapnéia (IAH) é o número de apnéias e hipoapnéias por hora de sono, ele é obtido através da polissonografia que é considerado o melhor método de diagnóstico.¹ A prevalência da SAHOS (IAH elevado associado com sonolência excessiva diurna) é aproximadamente 3%-7,5% para homens adultos e 1,2%-4,5% para mulheres adultas na população geral.² O objetivo desse trabalho é relacionar o Índice de Massa Corporal (IMC) com o IAH e verificar os sinais e sintomas mais predominantes.

Metodologia. Estudo transversal, retrospectivo com análise de dados secundários realizado de julho a setembro de 2016. A amostra foi composta por 609 pacientes com SAHOS escolhidos de forma aleatória em uma clínica do sono de Santa Cruz do Sul. Foram analisados os prontuários em que haviam informações sobre apresentação de sinais e sintomas, dados antropométricos (peso, altura e índice de massa corporal), resultados da polissonografia e titulação de CPAP. Os dados coletados foram tabulados e analisados no programa Microsoft Excel em agosto de 2016.

Resultados. Entre os 609 pacientes, 402 homens e 207 mulheres, com idade média de 58,7 anos (desvio-padrão de +/-12,74 anos). Quanto a sintomas, os mais preponderantes foram: ronco (419 [98%]), despertares noturnos (272 [80%]), nictúria (172 [57%]) e cefaleia diurna (163 [44%]). Entre os 609 prontuários, apenas 215 apresentavam o valor do IMC. Assim, 20 pacientes com IMC<25, 52 pacientes com IMC entre 25-30, 123 pacientes com IMC maior que 30. Quanto aos Índices Apnéia-Hipopnéia (IAH), houve 1 considerado leve, 3 moderados e 328 considerados graves ou gravíssimos. Dentre os pacientes com IAH>30, 6 (1,8%) tinham IMC≤25, 42 (6,6%) tinham IMC entre 25-30 e 67 (20,4%) tinham IMC>30. Dentre os pacientes com nictúria, cefaleia matinal e sono não-restaurador não houve diferença significativa entre as medidas de IAH.

Discussão. O sobrepeso e a obesidade estão entre um dos principais fatores de risco para desenvolver SAHOS. O IMC 25-30, que significa sobrepeso, e o IMC>30, que sinaliza obesidade, estão frequentemente associados a IAH>30, ou seja, apnéia grave. Em nosso estudo verificou-se que entre os 185

pacientes com IMC>25, 109 apresentam IAH>30(58,9%). No estudo de Tufik e Santos-Silva, 59,9% dos sujeitos com SAHOS estavam acima do peso ou obesos (IMC>25) e a prevalência de SAHOS estava aumentada no sexo masculino, em pessoas mais velhas e com sobrepeso ou obesos.⁴ Segundo Carvalho e Santos, o sobrepeso e obesidade são os principais preditores de SAHOS principalmente em virtude do acúmulo de gordura na porção alta do abdômen, além de causar alterações na mecânica ventilatória. O trabalho respiratório aumenta como consequência de uma redução da complacência torácica, aumento da resistência das vias aéreas, posição anormal do diafragma e obstrução ao fluxo aéreo em vias aéreas altas.⁵ Resultados obtidos por Cardoso e Magnani et al. revelaram que a força muscular ventilatória em pacientes obesos é .marcadamente reduzida.⁵ Em um estudo que utilizou o IMC e medidas de circunferência, Hoffstein e Mateika encontraram que pacientes apnéicos têm significativamente maiores IMCs e circunferências comparados aos não-apnéicos. Esses autores sugerem que o IMC é um fator determinante para IAH.⁶ Na tabela 1, nosso estudo é comparado com os estudos de Tufik e Santos Silva e Hiestand e Britz quanto a sexo, a idade e a IMC encontrados, havendo variações devido ao tamanho das amostras e diferenças regionais. Os sinais e sintomas mais prevalentes em nosso estudo foram similares ao estudo de Hiestand e Britz, em que o ronco aparece como queixa mais prevalente, seguido por despertares noturnos. No entanto, o terceiro sintoma mais prevalente no nosso estudo que foi nictúria difere do estudo de Hiestand, em que foi sonolência diurna. No estudo de Tufik e Santos Silva, os principais achados foram sonolência (55%), fadiga (38,9%), despertares noturnos (29,2%) e roncos (20,5%).³

Tabela 1. Comparação de nosso estudo e os estudos 3 e 4.

| Parâmetro | Estudo | | |
|--------------|-------------------|-----------|-----------|
| | Nossa casuística* | Estudo 3* | Estudo 4* |
| Sexo | | | |
| Mulheres | 33% | 51% | 23% |
| Homens | 66% | 49% | 76% |
| Idade | 58,7 | 50-64 | 70-80 |
| IMC | | | |
| Normal | 10% | 33% | 14,6% |
| Sobrepeso | 26,6% | 38% | 34,5 |
| Obesidade | 63% | 25% | 64,1% |

Conclusão. Esse estudo se mostrou relevante por possibilitar a associação entre SAHOS grave e elevado IMC. Assim, devido aos elevados índices de obesidade na atualidade é importante ter conhecimento sobre os sinais e sintomas mais prevalentes encontrados na SAHOS a fim de se estabelecer um diagnós-

TRABALHOS

tico correto e preciso, sendo assim importante para a classe médica. No entanto, mais pesquisas devem ser realizadas para melhorar o entendimento sobre a correlação entre obesidade e SAHOS, de modo que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento sejam aprimorados.

Referências.

1. Piltcher OB, Da Costa SS, Maahs GS, Kuhl G. Rotinas em Otorrinolaringologia. Porto Alegre: Artmed; 2015.
2. Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono no Adulto. 1. ed. São Paulo: Estação Brasil; 2013.
3. Hiestand DM, Britz P, Goldman M, Phillips B. Prevalence of Symptoms and Risk of Sleep Apnea in the US Population. Chest; sep 2006.
4. Tufik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Bittencourt LRA. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. Sleep Medicine 1; 2010. p. 441-446.
5. Aguiar IC, Reis IS, Freitas WR, Malheiros CA, Neto RM, Oliveira LV. Estudo do sono e função pulmonar em pacientes obesos mórbidos. Fisiotermov. vol.25 no.4 Curitiba; Oct./Dec. 2012.
6. Pinto JA, Godoy LB, Marquis VW, Sonogo TB, Leal CF, Ártico MS. Anthropometric data as predictors of obstructive sleep apnea severity. Braz.j.otorhinolaringol.(Impr.) vol 77. no.4 São Paulo; July/Aug. 2011.

38. FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES E COMORBIDADES EM UM AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA DO INTERIOR DO ESTADO DO RS

Fernanda Brands,^{1*} Anderson Berni Cristofari,¹ Letícia Lanzarin Gehm,¹ Nágila Simon Ziebell,¹ Débora Cristina Haack Bassani,¹ Marlon Rubini Toazza,¹ Victoria Rus-sowsky,¹ Abdalla Juma Abdalla Abdel Hamid,² Basem Juma Abdalla Abdel Hamid^{2,3}

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médico Cardiologista. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* fernanda.bredowbrands@gmail.com

Introdução. A doença cardiovascular (DVC) é a causa líder de mortes globalmente sendo responsável por aproximadamente 30% dos óbitos anuais no Brasil. Sua prevalência aumenta com a idade, acometendo um em cada três adultos na população norte-americana. Os principais fatores de risco associados com DCV são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), idade avançada, estresse excessivo, dislipidemia, história familiar, sedentarismo e bebida

alcoólica. O claro estabelecimento dos fatores de risco é de suma importância para o manejo precoce desses pacientes uma vez que o momento de intervenção na história natural da doença tem a capacidade de mudar o desfecho final dessa patologia. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é identificar os fatores de risco para DCV e as comorbidades presentes em um ambulatório de cardiologia em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. Almeja-se um melhor conhecimento da população atendida com o intuito de proporcionar uma terapêutica apropriada e atualizada ao grupo prevalente.

Metodologia. Estudo transversal, retrospectivo, realizado a partir da análise de prontuários em um ambulatório de cardiologia de alta complexidade em hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS). A amostra foi constituída por 154 pacientes adultos, acima de 18 anos, atendidos no ambulatório. O período de coleta dos dados foi de abril a outubro de 2015, sendo realizada logo após a consulta ambulatorial por acadêmicos do curso de medicina. Investigou-se a presença de fatores de risco cardiovascular, comorbidades e medicações de uso contínuo. Foram excluídas variáveis pouco preenchidas nas consultas. Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 22.0.

Resultados. Dos 154 pacientes analisados, houve discreta predominância do sexo feminino (56,1%), média de idade de 63,83 anos ($\pm 14,98$), variando de 19 a 96 anos, com tempo médio de acompanhamento de 18,28 ($\pm 21,34$) meses. As queixas principais mais citadas na consulta ambulatorial eram reconsulta de revisão em pacientes assintomáticos (46,7%, n=72), sendo revisão de marcapasso em 28 destes (38,8%), seguida de dor ou desconforto torácico (19,5%), associado ou não a outros sintomas como dispneia e palpitação. Quanto à presença de fatores de risco, a maioria dos pacientes era idosos (67,5%); tabagismo atual foi encontrado em 9,1% (n=14) da população, e uma frequência de 20,1% (n=31) de ex-tabagistas, não constando a informação em 29 prontuários (18,8%). Informação sobre obesidade esteve presente em 7,1% dos prontuários. História prévia conhecida de infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) foi constatada em 15,6% e 4,5% da amostra, respectivamente. Quanto as comorbidades referidas pelo paciente, a maioria era de origem cardiovascular, havendo 66,8% hipertensos, 18,8% diabéticos tipo 2 (18,8%), 23,4% dislipidêmicos e 4,5% apresentava angina estável. Das doenças não cardiovasculares, destaca-se que 21 pacientes (13,6%) faziam uso de medicamentos para depressão, e uma pequena parcela (5,8%) possuía hipotireoidismo. Foi detectada arritmia cardíaca em cerca de metade dos pacientes (50,6%, n=78), sendo fibrilação atrial (FA) a mais frequente (11,7%, n=18). 8,4% dos pacientes acompanhavam por insuficiência cardíaca.

Discussão. O presente estudo corrobora a prevalência

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

aumentada de idosos como a parcela principal da população que necessita de atendimento em ambulatórios clínicos, visto que a incidência de doenças cardiovasculares tende a dobrar a cada década de vida e ao aumento crescente da expectativa de vida da população brasileira. Nessa faixa etária os fatores de risco cardiovascular tendem a ocorrer conjuntamente e sua combinação geralmente representa um risco global aumentado para doenças cardiovasculares, quando comparado ao risco resultante da soma de seus efeitos isolados. Dessa maneira, uma prevenção efetiva dos agravos cardiovasculares poderá ser mais efetiva com a melhoria global do perfil de risco de indivíduos e populações. Estima-se que o tabagismo leve ao óbito 5 milhões de pessoas por ano no mundo. O ato de fumar duplica o risco de doença arterial coronariana e está intimamente relacionada a carga tabágica. A porcentagem de fumantes na população do estado do Rio Grande do Sul foi de 34% em um estudo transversal. Embora menor a porcentagem total encontrada em nosso estudo, reitera-se a grande defasagem no preenchimento dos prontuários relacionados ao tabagismo. Associado a isso, a parcela de 20,1% de ex-tabagistas pode contribuir, por estarmos em um município onde o fumo é um dos principais produtos da matriz agrícola, para corroborar que a parcela de tabagistas talvez sejam maiores. A hipertensão representa a doença mais associada a pacientes que apresentam IAM e AVC e a patologia clínica mais prevalente no mundo, além de ser a mais comum em ambulatórios de cardiologia. O dado encontrado em nossa pesquisa está dentro da média dos estudos com objetivos similares. Em dois estudos populacionais do Rio Grande do Sul e uma análise de um ambulatório de geriatria de Porto Alegre em 2009 evidenciaram medidas de pressão aumentadas em 46%, 54,1% e 78% dos pacientes, respectivamente. Os efeitos da glicemia alterada na microcirculação estão correlacionados com o aumento da incidência de IAM e doenças arteriais obstrutivas periféricas. Além disso, a alta taxa de dislipidêmicos contribui como fator desencadeador ou precipitante de aterosclerose. Um estudo transversal de base populacional no Rio Grande do Sul evidenciou uma prevalência de 26,4% de dislipidêmicos e 30,7% de diabéticos. Em nossa pesquisa encontramos estatística semelhante de dislipidêmicos e número menor de diabéticos. A subnotificação nos prontuários do ambulatório foi uma das principais limitações da pesquisa. Itens como peso, altura, etnia, história familiar, sedentarismo, valores de colesterol total e HDL não foram preenchidos, não havendo, portanto, a possibilidade do cálculo do escore de risco de Framingham. Além disso, pode-se identificar a presença do viés de aferição, pela impossibilidade de realizar avaliação bioquímica para dislipidemia e diabetes, o que pode ter levado ao subdiagnóstico dessas doenças. Reitera-se ainda a causalidade reversa, típica de estudos transversais, não

permitindo a segurança entre as correlações causais e eventos encontrados. A prevalência de dislipidêmicos e hipertensos, apesar de estarem condizentes com a literatura, podem ter sido influenciados pelo diagnóstico prévio de alguma doença ou pelas medicações em uso do paciente.

Conclusão. Os dados encontrados no trabalho foram semelhantes aos encontrados na literatura quando abordamos o grupo de risco mais afetado (idosos) e a principal comorbidade associada (hipertensão). No entanto, em virtude da subnotificação dos prontuários, o número real de pacientes tabagistas não pode ser determinado, assim como de diabéticos e obesos. A falta de informações nos dados analisados não nos permite traçar um perfil definitivo dos pacientes atendidos no ambulatório e com isso otimizar o atendimento e buscar formas de melhorar o atendimento específico ao grupo de risco mais prevalente no ambulatório.

Referências.

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Doença Coronária Estável. [Internet]. 2014 [acesso em 2016 set 5]; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v103n2s2/pt_0066-782X-abc-103-02-s2-0001.
2. World Health Organization. Cardiovascular Diseases. [Internet]. 2016 [acesso em 2016 set 5]; Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en>.
3. Taddei CF, Gravina RLR, Moraes JC, Wajngarten M, Libberman A, Santos SC et al. Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 1997 [acesso em 2016 set 5];69(5):327-333. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X1997001100007&lng=en.
4. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2004 [acesso em 2016 set 5];83(5):424-428. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2004001700009&lng=en.
5. Vitor RS, Menezes HS, Fiamenghi SI, Kerkhoff CE. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em pacientes geriátricos atendidos no ambulatório de um posto de saúde de Porto Alegre, RS. Rev AMRIGS. [Internet.] 2009 [acesso em 2016 set 5];53(3):236-240. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/53-03/09-469_preval%C3%Aancia_de_fatores_de_risco.pdf.
6. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2002 [acesso em 2016 set 5];78(5):478-83. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2002/7805/78050005.pdf>.

TRABALHOS

7. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e auto avaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2009 [acesso em 2016 set 5];25(6):491-498. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892009000600004&lng=en.

39. INCIDÊNCIA DE CARCINOMA BASOCELULAR DE 2008 A 2015 EM CENTRO DE NÃO REFERÊNCIA NO INTERIOR DO RS

Carolina Meert Merten¹, Lilian Ribas Bamberg¹, Gustavo Biondo¹, Matheus Filipe Haeser¹, Guilherme Scheibler¹, Ludimila Müller de Moraes¹, Vanessa Caramori Rodrigues¹, Júlia Cardoso Brum¹, Roger Vinnicius Zarichta¹, Susana Fabiola Muller²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* carolinamerten@yahoo.com.br

Introdução. O Carcinoma Basocelular (CBC) é o câncer de pele mais frequente, especialmente em população de pele branca.¹ Apresenta crescimento lento e tem sua morbidade relacionada com a invasão tecidual local e recidivas após tratamento.⁶ O CBC é a neoplasia maligna mais comum em humanos, e corresponde a 70 a 80% dos tumores de pele.¹ A sua incidência se eleva com a presença dos fatores de risco, como a idade avançada, exposição solar e à radiação ultravioleta, susceptibilidade genética e individual, classificação Fitzpatrick I e II, imunossupressão, entre outros.⁶ O CBC típico tem apresentação morfológica que possibilita ser reconhecido na inspeção por clínico treinado.⁵ Tipicamente, apresenta-se como pápula róseo-perolácea que cresce até nódulo, com posterior ulceração central, recoberta de crosta, com sangramento episódico. As bordas são geralmente translúcidas, mostrando finas teleangiectasias.⁵ A incidência dessa neoplasia vem aumentando mundialmente. Nesse contexto, é importante discutir sobre as características do carcinoma, o perfil dos pacientes, bem como meios de tratá-los. O objetivo do presente trabalho é avaliar a incidência de carcinoma basocelular na população atendida em um centro de não referência no interior do estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 2008 e 2015.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo sobre os atendimentos feitos no Ambulatório de Cirurgia Plástica do UAA, um Hospital Escola do Interior do Rio Grande do Sul, no período de agosto de 2008 a dezembro de



Figura 1. Imagem ilustrativa de Carcinoma Basocelular.

2015. Dos 1424 atendimentos realizados nesse período, 120 preencheram os critérios do estudo, que foram ter carcinoma de pele comprovado por estudo anatomopatológico, preenchimento do prontuário adequado contendo idade, sexo e localização do tumor. Prontuários sem o preenchimento desses quesitos foram excluídos do estudo. A partir desses dados, foi realizada a tabulação no programa Excel, onde também foi calculada a prevalência de câncer de pele entre os sexos, classificação da lesão, subtipo histológico, qual a idade do diagnóstico e sua localização anatômica.

Resultados. Ao total foram estudados 1424 atendimentos, sendo que desses, 120 foram tumores ressecados cirurgicamente. Dos 120 tumores cutâneos estudados, 89 (74,16%) eram basocelulares, 29 (24,16%) eram epidermóides, e 2 (1,6%) eram melanomas. Estas lesões foram retiradas de um número total de 120 pacientes dos quais 61 (50,83%) eram do sexo masculino e 59 (49,16%) eram do sexo feminino. Quanto à idade dos pacientes, houve variação entre 26 e 93 anos, com média de idade de 63,05 anos e desvio padrão de 6,36. Quanto à distribuição topográfica das lesões (Gráfico 2) o dorso nasal foi o local do corpo mais comprometido com 14,16% dos casos (17 lesões). Empatados em segundo lugar como mais prevalente foram orelha e região auricular e a asa nasal, ambas com 13,33% (13 lesões cada). Também havia lesões em região frontal (8,33%), em região cervical (8,33%), em região malar (3,33%) e em mento (2,5%). Houve apenas 1 caso relatado em região mandibular e nenhuma em couro cabeludo.

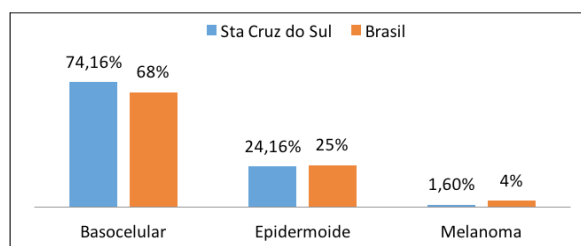


Gráfico 1. Incidência de CBC comparada no Brasil e no presente estudo.

TRABALHOS

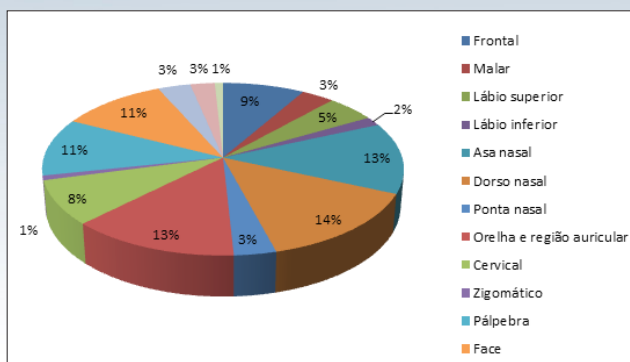


Gráfico 2. Frequência relativa para tumores de pele conforme região topográfica.

Discussão. Após análise dos dados, pode-se observar que os 120 casos de câncer de pele coletados apresentam características semelhantes a outros estudos da literatura. De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a incidência de CBC na população brasileira é de 68% no ano de 2016, apresentando semelhança do resultado encontrado no presente estudo, que foi de 74,16%. Já a incidência dos outros carcinomas de pele, como o carcinoma epidermóide, foi de 24,16%, contra 25% do encontrado pelo estudo do INCA, e o subtipo melanoma foi encontrado em 1,60% no presente estudo e em 4% pelos dados do INCA. A incidência de CBC vem apresentando acentuado crescimento nos últimos anos, principalmente nos países com forte radiação solar,³ e isso se deve a maior envelhecimento da população, maior acesso a serviços médicos e meios diagnósticos.⁴ O fator de risco mais importante do CBC é a exposição solar,⁴ principalmente a exposição cumulativa e ocupacional, muito característica na população estudada, visto grande predomínio de trabalhadores rurais. Segundo estudos da American Cancer Society, o risco de homens desenvolver câncer de pele do tipo não melanoma é duas vezes superior, visto que a exposição solar ocupacional no sexo masculino é maior.⁴ Entretanto, esse padrão tem mudado nas últimas décadas, indicando incidência ligeiramente maior de câncer de pele não melanoma em mulheres. Essa nova tendência de predomínio feminino pode estar relacionada a maior integração da mulher no mercado de trabalho e em outras atividades antes consideradas masculinas.² Entre os casos operados no serviço ambulatorial UNISC, o predomínio ainda permanece sobre os homens (50,83% dos casos), porém não apresentando diferença significativa das mulheres, que foram 49,16% dos casos. O câncer de pele não melanoma é mais predominante em paciente acima de 40 anos de idade, com menor frequência nos extremos de idade.² Segundo Goldberg, indivíduos que se expõem ao sol por volta dos 20 anos, iniciam um processo de carcinogênese que se manifesta na faixa dos 40 a 60 anos, o que explica os efeitos

cumulativos e a maior incidência nessa faixa etária.⁷ Nos pacientes tratados no serviço ambulatorial UNISC, a média de idade encontrada foi de 63,05 anos, com 29 anos o paciente mais jovem e 93 anos o paciente mais velho. O CBC está localizado quase que exclusivamente em áreas que apresentam estruturas pilosebáceas,² sendo, portanto, mais encontrado em face, tronco e pescoço. A exposição a radiação ultravioleta é um dos fatores que mais influencia no seu desenvolvimento, e áreas da face com maior exposição, como a região nasal, são as mais acometidas. No presente estudo, a região nasal, incluindo asa, dorso e ponta, apresentou incidência de 30,82%, estando de acordo com estudo realizado por Machado-Filho,⁹ que encontrou 29,8% de CBC na região nasal. A região da orelha e região auricular apresentou também significativa incidência (13,33% dos casos), fato que pode estar relacionado a maior exposição solar, principalmente no sexo masculino, atribuídos ao corte de cabelo e alopecia,¹⁰ fato que justifica também a alta incidência em região frontal (8,33%) e região cervical (8,33%).

Conclusão. No presente estudo, os dados encontrados mostraram que a incidência de CBC está relativamente acima da média nacional o que pode ser explicado pela colonização germânica do município (Fitzpatrick I e II) e pela grande exposição solar relacionada a atividade rural que é de grande expressão na região. Os demais achados seguiram a tendência brasileira e ajudam na elaboração de medidas de prevenção e organização dos atendimentos.

Referências.

1. Nigro MHMF, Brandão LSG, Coelho APCP, Motta LMD, Bastazini Júnior I. Estudo epidemiológico do carcinoma basocelular no período de 2010 a 2013 em um hospital de referência em dermatologia na cidade de Bauru, São Paulo. *Surg Cosmet Dermatol* 2015;7(3):232-5.
2. Benedet L, Bastos MF, Teixeira JF, Miranda LF, Bolan R. Avaliação clínica e histopatológica dos pacientes portadores de carcinoma basocelular. *ACM* 2007;36(1).
3. Bandeira AM, Bandeir V, Silva JFD, Mazza E. Carcinoma basocelulares: estudo clínico e anatomopatológico de 704 tumores. *An bras Dermatol* 2007;78(1):23-43
4. Andrade NMMD, Santos ABDO, Lourenço V, Festa Neto C, Cernea CR, Brandão LG. Perfil epidemiológico e histopatológico de 642 casos de carcinoma basocelular de cabeça e pescoço operados em uma instituição terciária. *Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço* 2011;40(3):138-143.
5. Sampaio SAP, Castro RM, Rivitti EA. *Dermatologia básica* 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1983.
6. Telfer NR, Colver GB, Mortont CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *British Journal of*

TRABALHOS

- Dermatology 2008;159:35-48.
- Goldberg LH. Basal. Cell carcinoma. The Lancet, Mar 1996;(347)663-7.
 - Carter M, Lin A. Basal cell carcinoma. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K.
 - Machado Filho CDAS, Fagundes DS, Sender F, et al. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. An Bras Dermatol 1996;71:479-84.
 - Souza CFD, Menegotto PF, Shibue JRT, Thomé EP, Schimit JV, Tarlé RG. Topografia do carcinoma basocelular e suas correlações com o gênero, a idade e o perfil histopatológico: um estudo retrospectivo de 1042 lesões. Ans. Bras. Dermatol 2011;86(2), 272-7.

40. MORTALIDADE DO IDOSO: COMPARAÇÃO ENTRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SANTA CRUZ DO SUL, RIO GRANDE DO SUL E BRASIL

Guilherme da Silva Cezar,^{1*} Angélica Cristine Feil,¹ Gustavo Biondo,¹ Crisley Piva,¹ Fernanda Pitelkow Figueira,¹ Jaqueline Kniphoff dos Santos,¹ Juliana Cechinato Zanotto,¹ Marcella Gonçalves Piovesan,¹ Thomás Dias Souto Gravi,¹ Vera Elenei da Costa Somavilla²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* guilhermecezar2@gmail.com

Introdução. Com o passar dos anos, o corpo humano sofre um processo de alterações fisiológicas, no qual há diminuição de massa óssea, da musculatura, dificuldade visual e auditiva – o envelhecimento. Esse fenômeno mundial vem ocorrendo em alta velocidade. No Brasil, estipula-se que a população de idosos (60 anos ou mais) será em torno de 34 milhões em 2025. O aumento da população de idosos representa um sinal de desenvolvimento da saúde pública. Essa alteração demográfica reflete o estímulo à prevenção de doenças e o maior acesso à saúde pública, fazendo com que haja uma redução da mortalidade por doenças infecciosas e consequente aumento das patologias crônicas. Verificando-se a causa de mortalidade nessa faixa etária, constata-se que as doenças circulatórias ocupam a primeira posição, seguidas de neoplasias e doenças respiratórias. Contudo, essas causas podem variar conforme a localização, sendo de suma importância o conhecimento do perfil epidemiológico local para a definição adequada de políticas de saúde. Desse modo, o presente estudo visa ana-

lisar a taxa de mortalidade em idosos no município de Santa Cruz do Sul, comparando as taxas apresentadas em nível de Rio Grande do Sul e Brasil.

Metodologia. Trata-se de um estudo transversal, com caráter descritivo e retrospectivo. A amostra foi constituída de idosos, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento como sendo o segmento da população com 60 anos ou mais. Foram analisadas as taxas de mortalidade dessa faixa populacional do município de Santa Cruz do Sul, comparando-se com o Rio Grande do Sul e Brasil, sendo o período analisado de 2000 a 2011. Os idosos foram divididos por faixas etárias (de 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; e maiores de 80 anos), sendo as causas de óbito divididas em: circulatórias, neoplásicas, pulmonares, causas externas, mal definidas e outras. Os dados foram coletados utilizando-se informações fornecidas pela Secretaria de Vigilância Epidemiológica de Santa Cruz do Sul e por meio do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do DATASUS.

Resultados. As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em Santa Cruz do Sul. Sendo seguidas por neoplasias malignas, causas pulmonares e outras (Figura 1). No período estudado, os valores referentes a óbitos por DCV apresentaram total de 2.665 óbitos, amplitude de 107 óbitos (Máximo: 273 em 2011; Mínimo: 166 em 2000; DP \pm 26,09), média de 222 óbitos/ano e mediana de 223. As neoplasias malignas representaram 1.479 mortes neste período, amplitude de 67 (Máximo: 157 em 2010; Mínimo: 90 em 2000; DP \pm 18,7), média de 123,25 e mediana de 125. As causas pulmonares somaram 888 mortes, com amplitude de 36 (Máximo: 86 em 2007; Mínimo: 50 em 2008; DP \pm 10,7), média de 74 e mediana de 76,5. Outras causas representaram 1.140 mortes, amplitude de 80 (Máximo: 143 em 2010; Mínimo: 63 em 2004; DP \pm 25,5), média de 95 e mediana de 90. Estes valores estão representados na figura 1.

O estado do Rio Grande do Sul também apresenta como principal causa de óbito em idosos as DCV, seguidas por neoplasias malignas. Na Tabela 1 estão representados os valores absolutos por faixa etária. Na faixa etária de 60-69 anos, as DCV apresentaram amplitude de 429 (DP \pm 191,7), média de 4.240 e mediana de 4.185; enquanto as neoplasias possuem amplitude de 3.028 (DP \pm 780,09), média de 3.483 e mediana de 3.646. A faixa etária de 70-79 anos apresenta as DCV com amplitude de 510 (DP \pm 155,8), média de 6.305 e mediana de 6.306; já as mortes por neoplasias apresentaram amplitude de 1.061 (DP \pm 381,3), média de 3.834 e mediana de 3.913. Para a faixa etária de >80 anos, a amplitude encontrada para óbitos por DCV foi de 2.373 (DP \pm 800,9), média de 7.724 e mediana de 7.394; a amplitude encontrada para óbitos por neoplasias foi de 1.338 (DP \pm 466), média e mediana de 2.499.

TRABALHOS

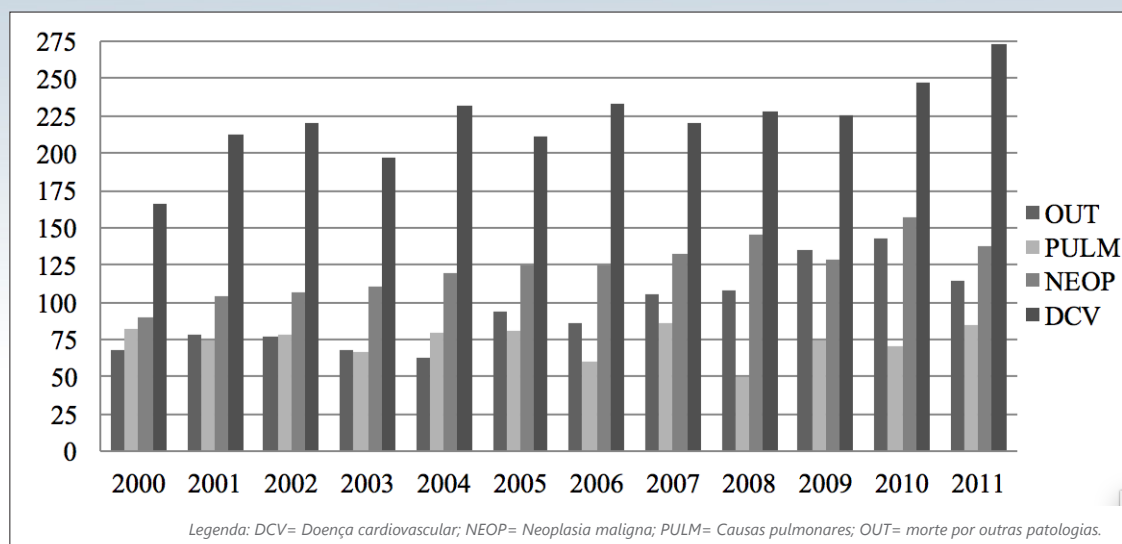


Figura 1. Mortalidade total em idosos por etiologia no período de 2000-2011 na cidade de Santa Cruz do Sul. Fonte: Secretaria de Vigilância Epidemiológica de Santa Cruz do Sul.

Tabela 1. Óbitos por doença cardiovascular/ neoplasias malignas por faixa etária segundo ano no estado do Rio Grande do Sul.

| Ano | 60-69 anos | | 70-79 anos | | >80 anos | | Total | |
|-------|------------|--------|------------|--------|----------|--------|---------|---------|
| | DCV | Neop. | DCV | Neop. | DCV | Neop. | DCV | Neop. |
| 2000 | 4.723 | 3.402 | 6.319 | 3.256 | 6.915 | 1.912 | 17.957 | 8.570 |
| 2001 | 4.444 | 3.373 | 6.137 | 3.319 | 6.837 | 1.905 | 17.418 | 8.597 |
| 2002 | 4.291 | 3.403 | 6.258 | 3.365 | 7.053 | 1.996 | 17.602 | 8.764 |
| 2003 | 4.182 | 3.483 | 6.122 | 3.566 | 7.065 | 2.124 | 17.369 | 9.173 |
| 2004 | 4.187 | 3.613 | 6.418 | 3.724 | 7.274 | 2.255 | 17.879 | 9.592 |
| 2005 | 4.015 | 3.679 | 6.137 | 3.871 | 7.308 | 2.454 | 17.460 | 10.004 |
| 2006 | 4.049 | 3.832 | 6.174 | 3.954 | 7.479 | 2.544 | 17.702 | 10.330 |
| 2007 | 4.170 | 3.913 | 6.632 | 4.035 | 8.156 | 2.697 | 18.958 | 10.645 |
| 2008 | 4.133 | 3.921 | 6.292 | 4.146 | 8.104 | 2.873 | 18.529 | 10.940 |
| 2009 | 4.241 | 3.874 | 6.492 | 4.192 | 8.455 | 2.888 | 19.188 | 10.954 |
| 2010 | 4.132 | 4.167 | 6.346 | 4.260 | 8.829 | 3.091 | 19.307 | 11.518 |
| 2011 | 4.316 | 1.139 | 6.336 | 4.317 | 9.210 | 3.243 | 19.862 | 11.699 |
| Total | 50.883 | 41.799 | 75.663 | 46.005 | 92.685 | 29.982 | 219.231 | 120.786 |

Legenda: DCV= Doença cardiovascular; Neop.=Neoplasias malignas.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE.

O Brasil apresenta o mesmo padrão do município de Santa Cruz do Sul e do estado do Rio Grande do Sul, as DCV como principal causa de óbitos em idosos, seguido por neoplasias malignas. Na faixa etária de 60-69 anos, as DCV possuem amplitude de 8.900 (DP ± 3040,9), média de 57.968 e mediana de 57,631; enquanto as neoplasias apresentam amplitude de 13.132 (DP ± 4366,9), média de 35.173 e mediana de 34.784. Na faixa etária de 70-79 anos, amplitude dos óbitos

por DCV é 15.467 (DP ± 5628,7), média de 78.317 e mediana de 79.322; já as mortes por neoplasias têm como amplitude 14.585 (DP ± 4972,2), média de 36.506 e mediana de 36.745. Nos > 80 anos, as mortes por DCV apresentaram amplitude de 44.694 (DP ± 15.299,4), média de 88.667 e mediana de 87,721; Já os óbitos por neoplasias apresentaram amplitude de 17.410 (DP ± 5976,3) média de 25.130 e mediana de 24.930 (Tabela 2).

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

Tabela 2. Óbitos por doença cardiovascular/ neoplasias malignas por faixa etária segundo ano no Brasil.

| Ano | 60-69 anos | | 70-79 anos | | >80 anos | | Total | |
|-------|------------|---------|------------|---------|-----------|---------|-----------|-----------|
| | DCV | Neop. | DCV | Neop. | DCV | Neop. | DCV | Neop. |
| 2000 | 54.972 | 29.286 | 69.694 | 29.023 | 67.858 | 17.036 | 192.524 | 75.345 |
| 2001 | 54.416 | 29.929 | 70.666 | 30.322 | 70.253 | 18.073 | 195.335 | 78.324 |
| 2002 | 54.304 | 30.920 | 72.676 | 31.341 | 73.579 | 19.130 | 200.559 | 81.391 |
| 2003 | 55.339 | 31.860 | 74.168 | 32.825 | 76.331 | 20.352 | 205.838 | 85.037 |
| 2004 | 57.158 | 33.166 | 77.230 | 34.321 | 80.941 | 21.647 | 215.329 | 89.134 |
| 2005 | 56.167 | 33.970 | 75.774 | 35.810 | 83.419 | 23.734 | 215.360 | 93.514 |
| 2006 | 58.103 | 35.598 | 81.414 | 37.680 | 92.023 | 26.125 | 231.540 | 99.403 |
| 2007 | 59.082 | 36.581 | 81.632 | 39.035 | 96.017 | 28.019 | 236.731 | 103.635 |
| 2008 | 60.793 | 38.599 | 83.083 | 40.191 | 100.333 | 29.483 | 244.209 | 108.272 |
| 2009 | 60.609 | 38.755 | 83.594 | 41.228 | 103.437 | 30.840 | 247.640 | 110.823 |
| 2010 | 61.470 | 40.991 | 84.716 | 42.682 | 107.258 | 32.679 | 253.444 | 116.352 |
| 2011 | 63.204 | 42.418 | 85.161 | 43.608 | 112.552 | 34.446 | 260.917 | 120.472 |
| Total | 695.617 | 422.073 | 939.808 | 438.066 | 1.064.001 | 301.564 | 2.699.426 | 1.161.702 |

Legenda: DCV= Doença cardiovascular; Neop.=Neoplasias malignas.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE.

Discussão. Os resultados apresentados revelam algumas características do padrão de mortalidade dos idosos nas regiões analisadas. Em âmbito municipal, estadual e nacional, o padrão de mortalidade caracterizou as doenças cardiovasculares como principal causa de morte em idosos. No período analisado, pode-se perceber um aumento no número absoluto de óbitos por DCV na população idosa, sobretudo em dados nacionais. Tal fato possivelmente está relacionado com a melhor qualificação na produção da informação, tanto na coleta quanto no envio para o nível central da gestão de saúde. Nos últimos anos, os sistemas de informações e notificações em saúde foram otimizados em tecnologia, informática e em ações de treinamento de funcionários das Secretarias de Saúde. Além disso, o aumento do estilo de vida sedentário, sobretudo em cidades maiores. Isso impossibilita a atividade física, a alimentação saudável e, por fim, qualidade de saúde. Outra causa que pode impactar no número de óbitos de idosos é a própria transição epidemio-etária da sociedade, que gera complexas mudanças nos padrões de saúde e de doença. Estamos passando por um período de envelhecimento populacional, sendo assim, é fácil deduzir que quanto maior o número de idosos, maior será o número absoluto de óbitos. Tais fatos acabam impactando no número de óbitos por doenças do aparelho cardiovascular. Contudo, essa tendência de aumento foi menos intensa em Santa Cruz do Sul e também no Rio Grande do Sul, regiões nas quais os aumentos foram mais discretos. Tal variação regional inferior a nacional pode ser explicada pelo fato de terem melhores pro-

gramas de prevenções primárias e secundárias, e no controle de fatores de risco como tabagismo, dislipidemias, diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Em segundo lugar, em nível municipal, estadual e nacional, encontram-se as neoplasias malignas como causa de morte em idosos. Podemos ver, também, um aumento absoluto de óbitos por câncer. Os casos de câncer aumentaram, basicamente, porque a população está envelhecendo mais. Geralmente, as neoplasias malignas são mais comuns em idosos do que no restante da população. É simples entender que os idosos estão expostos as substâncias nocivas e fatores de risco por mais tempo, como o fumo, por exemplo. Tendo em vista que as duas principais causas de mortalidade no idoso são as doenças cardiovasculares e as neoplasias, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas sólidas e adequadas para a prevenção das patologias e controle de fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, bem como detecção e tratamento precoce das alterações, evitando o óbito como desfecho. Com doenças crônicas precocemente diagnosticadas e tratadas, haveria uma redução na mortalidade bem como nos gastos em saúde pública.

Conclusão. Os resultados demonstram um predomínio da mortalidade por doenças cardiovasculares neste grupo de idosos, seguido por neoplasias malignas em todas as faixas etárias. A partir destas informações cria-se a possibilidade de programar estratégias contra etiologias específicas para promoção de saúde em populações geriátricas. Tendo este estudo como base é possível ampliar cada etiologia, avaliar

TRABALHOS

quais DCV matam mais e quais neoplasias malignas são mais prevalentes, traçando um perfil mais completo da população e possibilitando, sobretudo, melhor gerenciamento de recursos.

Referências.

1. Rosa TSM, De Moraes AB, Peripolli A, Dos Santos Filha VAV. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1):59-69.
2. Da Rosa LHT, Rossato DD, Bombardelli CL, Sturmer G, Da Rosa PV. Estudo da mortalidade em população idosa de municípios do Rio Grande do Sul no período de 1996 a 2004. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(1):111-119
3. Silva VL, De Albuquerque MFPM, Cesse EAP, Luna CF. Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste brasileiro de 1996 a 2007. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(3):433-441.
4. Martin GB. As repercussões do envelhecimento populacional na morbimortalidade e no sistema de saúde em Londrina (dissertação). Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina, 2002.
5. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6):1-7
6. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011;377(9781):1949-61.

41. O ESCORE DE GLEASON E UMA NOVA ALTERNATIVA DE CLASSIFICAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Roberto Lange Agra,^{1*} Dennis Baroni Cruz,² Augusto de Andrade Sehn,¹ Júlia Cardoso Brum,¹ Mariane Scolari,¹ Sandro Eduardo Laste,² Paulo Roberto Laste²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* robertolangeagra@gmail.com

Introdução. Durante as décadas de 1960 e 1970, Donald Gleason desenvolveu o Escore de Gleason (EG) como sistema para classificar o câncer de próstata (CaP). Desde então, este sistema é utilizado como ferramenta para determinar o tratamento do CaP. O EG varia de 2 a 10, no entanto, escores 2 a 5 não são mais atribuídos. Alguns problemas são observados nesse sistema: alguns pacientes acreditam que seu câncer está avançado por possuir um escore 6 em uma escala de 2 a 10. Nesse sentido, tratamentos agressivos desnecessários podem acabar sendo praticados. Outro problema é que trata-

mentos baseados em um simples escore 7 não reconhecem as diferenças histológicas do CaP o que determina diferentes prognósticos. Assim, este trabalho tem como objetivo aplicar a nova classificação de Gleason e demonstrar outros resultados patológicos e cirúrgicos das prostatectomias radicais (PR).

Metodologia. Realizada análise retrospectiva de prostatectomias radicais realizadas no Hospital Santa Cruz pela equipe de urologia adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul. Foram coletados dados de 26 pacientes submetidos ao procedimento durante os anos de 2015 e 2016, o exame anatomopatológico foi revisado por patologista e a nova classificação de Gleason atribuída. Escore de Gleason, idade, e exame anatomopatológico foram determinados como critérios de inclusão, pacientes sem estas informações foram excluídos. Outros dados anatomopatológicos foram incluídos como, presença de invasão neoplásica perineural, presença de invasão da cápsula, estadiamento do tumor (classificação TNM), presença de invasão neoplásica extraprostática e presença de invasão de vesículas seminais direita e esquerda. *Microsoft Excel* 2016 foi utilizado como ferramenta para cálculos e tabelamento de dados.

Resultados. As características dos pacientes incluem: idade média de 64,53 anos. Exame anatomopatológico: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (60%), Adenocarcinoma Acinar tipo usual (36%), Adenocarcinoma de próstata (4%). O Escore de Gleason: 3+3=6 (20%), 3+4=7 (60%), 4+3=7 (16%), 4+5=9 (4%). Após reclassificação 20% foram incluídos no Grupo 1, 60% no Grupo 2, 16% no Grupo 3 e 4% no Grupo 5, conforme tabela 1. Quanto aos outros dados anatomopatológicos, foram detectados: invasão neoplásica perineural em 84% dos pacientes, invasão de vesículas seminais bilateralmente em 8,33% e unilateralmente em 4,16%, invasão de cápsula em 75% dos pacientes.

Tabela 1. Escore de Gleason e nova classificação.

| Escore de Gleason | Nova classificação | % |
|-------------------|--------------------|-----|
| 6(3+3) | Grupo 1 | 20% |
| 7(3+4) | Grupo 2 | 60% |
| 7(4+3) | Grupo 3 | 16% |
| 9(4+5) | Grupo 5 | 4% |

Discussão. O adenocarcinoma de próstata corresponde a 95% das neoplasias malignas de próstata e compromete em especial a zona periférica da glândula, podendo ser detectada pelo toque retal. Ao exame macroscópico, o adenocarcinoma de próstata corresponde, em geral, a uma área mal delimitada e cinzento amarelada.² Já na microscopia, as biópsias de próstata tomam os padrões glandulares de diferenciação

TRABALHOS

como método de classificação histológica das neoplasias de próstata. Os dois padrões mais prevalentes nas amostras recebem, então, um grau que varia de 1 a 5, conforme seu nível de diferenciação – resumidamente, padrão 1 são os tumores mais bem diferenciados, ou seja, semelhantes as células normais e padrão 5 não exibem diferenciação, ou seja, são diferentes das células normais – definido os padrões basta-se somar o escore em uma simples conta matemática, $X + Y = \text{SCORE}$, onde X corresponde ao padrão mais prevalente e Y o segundo padrão mais prevalente, por exemplo, se em uma biópsia o padrão mais prevalente é 4, o EG final desta biópsia será $4 + 3 = 7$, e 3 corresponde ao segundo padrão mais comum. Neste sentido, observa-se que um escore $4 + 3 = 7$ é histologicamente diferente de $3 + 4 = 7$, podendo, assim, apresentar diferente prognóstico. Os padrões 1 e 2 de Gleason raramente apresentam um volume maior que 1cm^3 estando restritos a um lobo prostático, com ausência de invasão capsular. Já os padrões 4 e 5 de Gleason encontram-se associados a um volume tumoral maior, ou melhor, à presença de tumores comprometendo mais de 50% de um dos dois lobos prostáticos.² Além disso, o EG apresenta outros problemas, por exemplo, escores 2 a 5 não são mais atribuídos, logo, na prática, o escore inicia em 6 o que pode frequentemente levar o paciente a pensar que seu câncer está em um estágio intermediário, causando preocupações e convicção de que necessita de tratamentos agressivos. E, também, os escores 6 e 7 aos quais a maioria dos cânceres de próstatas pertence tem valor prognóstico baixo.¹ Epstein JI et al demonstraram em uma pesquisa com 20845 pacientes submetidos a PR que tratamentos agressivos com radiação em $\text{EG} \leq 6$, tiveram menor probabilidade de estar livre de reincidência.³ Assim, foi proposto, para a simplificação do escore, e para a facilidade na determinação do tratamento, uma nova classificação separada por grupos. Esta alternativa agrupa os escores de Gleason em 5 grupos: grupo 1, escores ≤ 6 ; grupo 2, escore $3 + 4 = 7$; grupo 3, escore $4 + 3 = 7$; grupo 4, escore 8; grupo 5, escores 9 e 10. As vantagens deste novo sistema incluem: uma classificação mais estratificada e mais simples, por possuir apenas 5 grupos em oposto a 25 resultados do EG. E, também, na nova classificação o grupo mais baixo é 1 enquanto na antiga classificação é 6, o que reduz o tratamento excessivo de cânceres indolentes.

Conclusão. O Escore de Gleason, já utilizado há muitos anos, é determinante no prognóstico do paciente, apesar da dificuldade em se estabelecer o escore, este ainda deve continuar em prática. Entretanto a nova classificação busca facilitar a interpretação do câncer de próstata por parte dos médicos e dos pacientes e ajudar na decisão do tratamento mais adequado a ser atribuído.

Referências.

1. Andrén, Ove, et al. "How well does the Gleason score predict

prostate cancer death? A 20-year followup of a population based cohort in Sweden." *The Journal of urology* 2006;175(4): 1337-1340.

2. Cambuzzi, Eduardo, et al. "Relação entre escore de Gleason e fatores prognósticos no adenocarcinoma acinar de próstata." *J Bras Patol Med Lab* 2010;46(1):61-68.
3. Epstein, Jonathan I., et al. "A contemporary prostate cancer grading system: a validated alternative to the Gleason score." *European urology* 2016;69(3):428-435.
4. Abbas, Abul K., Vinay Kumar, and Nelson Fausto. *Robbins & Cotran-Patologia*. Elsevier Brasil. 2005.

42. PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO RS

Nágila Simon Ziebell,¹ Anderson Berni Cristofari,¹ Débora Haack Bassani,¹ Fernanda Brands,¹ Leticia Lanzarin Gehm,¹ Marlon Rubini Toazza,¹ Victoria Russowsky,¹ Basem Juma Abdalla Abdel Hamid,^{2,3} Abdalla Juma Abdalla Abdel Hamid³

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Médico Cardiologista. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

* nagilaziebell@hotmail.com

Introdução. Manifestações de síndromes coronarianas agudas (SCA) são causas frequentes de procura em pronto-atendimentos, que podem compreender de uma angina instável a um IAM com ou sem supradesnivelamento do segmento ST. Essas condições são a principal causa de morbi e mortalidade cardiovascular no mundo, que em uma grande maioria das vezes leva o paciente à realização de procedimentos hemodinâmicos cardíacos, tanto para fins diagnósticos quanto terapêuticos. Sendo os fatores de risco cardiovasculares conhecidos, pode-se realizar com maior vigor a prevenção dessas condições que podem levar ou agravar doenças arteriais coronarianas (DAC). Assim, buscou-se avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com indicação para esses procedimentos em hemodinâmica do serviço em estudo, de modo a relacionar as comorbidades dos pacientes e complicações apresentadas.

Metodologia. Estudo de caráter transversal, retrospectivo, de análise quantitativa. Os dados foram colhidos através da análise dos prontuários de pacientes (n=664) que se submeteram a procedimentos cardíacos percutânea no serviço de hemodinâmica do Hospital Santa Cruz, em Santa Cruz do

TRABALHOS

Sul, Rio Grande do Sul, de janeiro a dezembro de 2015. Como critério de exclusão foi considerado o não preenchimento ou o preenchimento incompleto dos dados no prontuário. A amostra final foi constituída de 655 pacientes. Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 22.0.

Resultados. Dos 655 pacientes analisados, 61,2% eram do gênero masculino, média de idade de 63,9 anos (DP 10,9) e 66,1% eram pacientes SUS. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (80,9%), dislipidemia (43,8%), diabetes melito (DM) tipo 2 (27,3%) e tabagismo (25,8%). História familiar positiva para DCVs foi observada em 309 (47,2%) pacientes. Quase um terço dos pacientes (28,4%) apresentava história prévia de infarto agudo do miocárdio (IAM), e 135 (20,6%) já havia sido submetido à angioplastia anteriormente. O principal motivo da realização do procedimento foi angina instável (45,3%), seguido de angina estável e IAM sem supradesnivelamento do segmento ST (20,2% para ambos). Cinearteriografia foi o procedimento mais prevalente (75,0%), seguido de 77 angioplastias ad hoc (11,7%), 37 (5,7%) eletivas, 30 primárias (4,6%), 4 de resgate (0,6%), e 16 (2,4%) distribuiu-se entre combinação de mais de um procedimento.

Discussão. Nosso estudo observou que os procedimentos hemodinâmicos cardíacos realizados ocorreram na maior parte em homens (61,2%). Isso pode ser explicado por uma menor incidência de DAC em mulheres, devido ao efeito protetor do estrogênio, relacionado a melhores resultados no perfil lipídico, no metabolismo da glicose e por sua ação direta no sistema vascular, reduzindo fatores de aterosclerose e trombogênese. Ainda que a proteção hormonal diminua após a menopausa, a incidência de SCA não se torna maior quantitativamente no sexo feminino, como também demonstrou o estudo de Framingham. Também se relacionou esses procedimentos à idade avançada, encontrando-se uma média de aproximadamente 64 anos. Outros estudos mantêm semelhantes dados, como o Registro Global de Eventos Coronarianos Agudos (GRACE), no qual mais da metade da amostra tinha mais de 65 anos. Pelo avançar da idade, os pacientes desenvolvem alterações arteriais esperadas no envelhecimento, acentuadas pelas comorbidades associadas, degenerando mais ainda o sistema cardiovascular. Essas comorbidades, que também são fatores de risco para DAC, podem estar associadas a intervenções de urgência e com menores taxas de sucesso. A HAS se mostrou a principal comorbidade, estando presente em mais de 80% dos pacientes. Outros estudos já classificaram a hipertensão como o principal fator de risco para morbi e mortalidade precoces causadas por DCV. Também se fizeram evidentes dislipidemia, em 43,8% da amostra, DM2 em 27,3% e tabagismo em 25,8%. Essas comorbidades atuam diretamente na aterosclerose, que

é a principal causa de DAC. Além disso, implicam maiores extensões das placas ateroscleróticas, dificultando ainda mais a tromboaspiração. A história familiar positiva e história do paciente para IAM prévio vão ao encontro da literatura, demonstrando maiores riscos em pacientes com tendência a desenvolver ou que já manifestaram SCA. O primeiro sinal do surgimento de DAC, na maioria das vezes, é a angina, sendo um importante parâmetro de diagnóstico. Nosso estudo encontrou uma relação de um procedimento a cada cinco devido à angina estável, o que pode significar que a maioria dos pacientes chega ao serviço mais sintomáticos, corroborado pelos 45,3% de pacientes cujo motivo da realização do procedimento hemodinâmico é a angina instável. Associa-se a isso a baixa taxa de procedimentos eletivos, os quais corresponderam a apenas 5,7%. Destaca-se também que a cada 4 procedimentos hemodinâmicos cardíacos, 3 são cinecoronariografias. Ademais, temos um baixo índice de angioplastias primárias, com apenas 4,6% dos procedimentos, sendo esperado ter essa porcentagem maior que 10 e idealmente até 80%.

Conclusão. O perfil dos pacientes do serviço em estudo se assemelha aos dados encontrados na literatura, maioria do gênero masculino, idosos e hipertensos. Destaca-se ainda a taxa de angioplastias primárias inferior à esperada em um serviço de referência da região, com grande população de abrangência, podendo estar relacionado ao diagnóstico tardio de IAM ou ao não encaminhamento dos pacientes ao serviço.

Referências.

1. Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, Gordon T. (1976) Menopause and risk of cardiovascular disease: The Framingham Study. *Ann Intern Méd* 1976;85:447-52.
2. Mattos LA, Sousa AGMR, Pinto IMF, Silva ER, Carneiro JK, Sousa JE, Mangione J. A, Caramori P, Lima V, Bueno RL. (2004). Uma Comparação Entre a Intervenção Coronariana Percutânea de Resgate e Primária Realizadas no Infarto Agudo do Miocárdio. Relato Multicêntrico de 9.371 Pacientes. *Arq Bras Cardiol* 2004;82(5):434-43.
3. Baldissera FA et al. Preditores de insucesso de tromboaspiração em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea primária. *Rev Bras Cardiol Invasiva* 2013;21(3):234-239.
4. Sousa AGMR, Mattos LA, Moura Campos Neto C, et al. Intervenções coronárias percutâneas para revascularização no Brasil em 1996 e 1997, comparadas as do biênio 1992 e 1993. Relatório do Registro CENIC (Central Nacional de Intervenções Cardiovasculares). *Arq Bras Cardiol* 1998;70:423-30.

43. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES HIV POSITIVAS DE SANTA

TRABALHOS

CRUZ DO SUL NO PERÍODO DE MARÇO A MAIO DE 2016

Rafaela Kuczynski da Rocha,^{1*} Giulia Rubin Fuga,¹ Andrey Hausmann,¹ Cassiano de Mattos Marques,¹ Isabela Nizarala Antonello,¹ Marie Louise Heberts Sehnem,¹ Caroline Barbosa Luchese,¹ Jhenifer Bibiana Appelt,¹ Cristiane Pimentel Hernandes²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* rafaelakrocha@yahoo.com.br

Introdução. A epidemia da AIDS no Brasil sofreu mudanças durante a sua evolução, entre essas modificações destacam-se o processo de heterossexualização e a feminização da AIDS. O aumento do número de mulheres infectadas, em especial aquelas em idade reprodutiva, gerou um novo desafio no combate ao vírus da imunodeficiência humana (HIV): o de controle da transmissão vertical do vírus. Atualmente, é durante o período gestacional que uma grande parcela de mulheres são diagnosticadas, através da sorologia anti-HIV sempre solicitada em acompanhamento pré-natal, uma medida de saúde pública para a prevenção da transmissão materno-fetal e melhora dos níveis de assistência materno-infantil. O trabalho se justifica pela alta incidência de gestantes portadoras do HIV, com altas taxas transmissão vertical, apesar das ótimas opções terapêuticas e da ampla divulgação e do incentivo ao pré-natal, sendo o conhecimento da realidade local e do perfil epidemiológico da infecção por HIV durante o período gestacional uma forma de planejamento futuro da assistência às gestantes. O objetivo é avaliar o perfil epidemiológico de portadoras do HIV em acompanhamento no serviço de referência para o tratamento da doença (CEMAS/SAE/CTA) de Santa Cruz do Sul.

Metodologia. Foi realizado um estudo quantitativo de casos coletivos. A população selecionada foi composta por gestantes soropositivas, que quiseram participar do estudo, maiores de 18 anos com diagnóstico de gravidez confirmado atendidas no serviço de referência para o tratamento da doença (CEMAS/SAE/CTA) de Santa Cruz do Sul no período de 10 de março a 30 de maio de 2016. Os dados foram colhidos enquanto as gestantes aguardavam atendimento através de questionário semiestruturado. Os resultados obtidos foram organizados em planilha do Microsoft Excel® 2010 e analisados no programa Epi Info versão 3.5.2.

Resultados. A pesquisa teve uma amostra de 8 gestantes, com idade média de 26,8 anos, sendo a menor idade 20 anos e a maior 35 anos. Quanto à raça/cor, 62,5% das gestantes se autodeclararam branca, seguida de parda (25%). Em

relação à escolaridade, 75% (n=6) das gestantes entrevistadas apresentam ensino fundamental incompleto, uma apresentava ensino médio incompleto e uma ensino superior incompleto. As profissões predominantes foram de agricultora (n=3) e dona de casa (n=2), sendo citadas outras como safrista, comerciante e desempregada. Quando questionadas sobre o estado civil, a maioria respondeu ser solteira (62,5%). Ao indagadas sobre o número de parceiros sexuais, 3 gestantes não souberam ou não quiseram informar o número de parceiros sexuais que tiveram durante a vida, o maior número de parceiros sexuais foi de 10 e o menor 2, a média de parceiros sexuais na vida foi de 6. Em relação ao número de parceiros sexuais no último ano, a média foi de 1,57, sendo o maior número 3 e uma entrevistada não soube ou não quis responder a pergunta. Em relação ao uso de preservativo, a maioria das entrevistadas alegou que "às vezes" usa preservativo (75%) e 25% afirmaram que "sempre" usam preservativo. Apenas uma gestante revelou o uso de drogas ilícitas e uma o uso de tabaco. No que se refere à história obstétrica, a média de filhos foi de 1,5 filhos, máximo de 3 e mínimo de zero, a média de gestações anteriores foi de 1,5, uma gestante revelou ter tido um aborto e nenhuma história de natimorto foi revelada. A média de idade gestacional foi de 24 semanas, máximo de 33 semanas gestacionais e mínimo de 15. A média de consulta pré-natal foi de 3,75, sendo que apenas uma gestante não estava com o mínimo número de consultas pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde conforme a idade gestacional (possuía apenas uma consulta pré-natal e estava com 33 semanas gestacionais). Apenas uma gestante sabia da soropositividade antes de engravidar, 87,5% das entrevistadas descobriram ser portadora do vírus HIV durante a gestação. Todas as entrevistadas afirmaram estarem usando terapia antirretroviral.

Discussão. O perfil sociodemográfico das gestantes HIV positivas da cidade de Santa Cruz do Sul demonstrou uma maior frequência de grávidas infectadas pelo HIV entre 25 e 30 anos, faixa etária muito próxima à encontrada entre as gestantes infectadas com HIV notificadas no Sinan (20 a 29 anos), seguindo a tendência nacional com predomínio de mulheres jovens, demonstrando a "juvenilização" da epidemia. Segundo estudos, essa é uma característica típica de um país em desenvolvimento, onde as mulheres iniciam a vida sexual e reprodutiva muito cedo, em virtude disso, se infectam com ISTs precocemente. Quanto à raça/cor, no perfil nacional há predomínio da raça parda (43,5%), discordante do encontrado nesse estudo em que há predomínio da branca (62,5%), isso pode ter relação pela colonização alemã da cidade. A escolaridade é uma das variáveis mais utilizadas como marcador das condições sócio econômicas das portadoras do HIV. Nesse estudo 75% das grávidas tinham o ensino fundamental in-

TRABALHOS

completo, um perfil consistente com o nacional, no qual 50% do total de casos têm entre um a sete anos de estudos concluídos, sendo que 31,6% dos casos notificados no Sinam em 2013 possuía da 5ª a 8ª série incompleta. Quando analisado a ocupação, assim como ocorre no Sul do Brasil, em Santa Cruz do Sul mais de 75% das mulheres grávidas infectadas pelo HIV realizam atividades de baixo poder aquisitivo. Esses dados corroboram com estudos que demonstraram que, ao longo dos anos, tem havido um aumento do número de casos entre portadoras com escolaridade mais baixa e ocupação menos qualificada. Esta diminuição do grau de instrução das grávidas com o HIV tem sido largamente citada como indicador de pauperização da epidemia. Quando questionadas sobre o estado civil, 62,5% afirmou ser solteira, dado compatível com o apresentado em outros estudos no sul do Brasil. Algumas dessas mulheres identificadas como solteiras afirmaram ter só um parceiro sexual, logo a infecção pelo HIV está atingindo cada vez mais mulheres monogâmicas, inclusive as casadas, conforme dados epidemiológicos brasileiros. Portanto, mesmo as mulheres que buscam relações afetivas monogâmicas, não estão protegidas da infecção pelo HIV. A heterossexualização é uma das características mais marcantes da epidemia do HIV e o número de mulheres infectadas continua a crescer. Quando relacionamos a prevalência do HIV e o número de parceiros sexuais, notamos que há uma aparente relação diretamente proporcional entre as gestantes com até dois parceiros e a positividade maior para o vírus HIV. Em relação ao uso de preservativo, infelizmente ainda não há adequada conscientização sobre o seu uso, visto que a maioria das entrevistadas alegou que "às vezes" usa preservativo (75%). Quando comparado os dados obtidos com a história obstétrica com outros estudos, o número de gestações diverge da tendência brasileira que é de mais de 3 gestações, porém a paridade possui uma prevalência semelhante (1 a 2 filhos). Em relação a descoberta da soropositividade, o estudo seguiu a tendência nacional de uma parcela considerável dos diagnósticos da infecção por HIV se dar no período gestacional.

Conclusão. Ao avaliar as variáveis epidemiológicas das grávidas infectadas pelo HIV, na cidade de SCS, verificamos que os resultados obtidos aqui estão de acordo com resultados encontrados a nível nacional. Há cada vez mais grávidas jovens, com baixa escolaridade, com subempregos, infectadas precocemente por HIV e outras DSTs. Essa "juvenelização" da epidemia de AIDS é preocupante, inclusive, porque ela está cada vez mais atingindo mulheres com relações estáveis e monogâmicas. Portanto, não existem mais grupos de risco, se usarmos como critério a opção sexual e a promiscuidade, não há mais nenhuma forma de relação que garanta segurança preventiva contra o HIV.

Referências.

- Romanelli, R, Kakehasi, F, Tavares, M, et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Rev. Bras. Saude Mater. Infant 2006;6(3):329-34.
- Vieira, A, Miranda, A, Vargas, P, Maciel, E. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. Rev Saúde Pública 2011;45(4):644-51
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 172 p.
- Figueiró-Filho, E, Senefonte, F, Lopes, A, et al. Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV-1 em gestantes do estado de Mato Grosso do Sul – Brasil. J bras Doenças Sex Transm 2005;17(4):281-87.
- Sbalqueiro, R, Reggiani, C, Tristão, E, et al. Estudo da prevalência e variáveis epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes atendidas na maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba. J bras Doenças Sex Transm 2004;16(2):40-47.
- Konopka, CK, Beck, ST, Wiggers, D, et al. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet 2010;32(4):184-90.
- Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST - 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013, 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014. 2014; Ano III - nº 1.
- Menezes, LS, Palacios, VR, Peixoto, CA, Alcantara, MS, Bichara, CN. Perfil epidemiológico de grávidas hiv positivas atendidas em maternidade pública de referência. Rev. para. Med. Apr.-Jun 2013;27(2).

44. PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE DPOC EM PACIENTES INTERNADOS COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Thomás Dias Souto Gravi,^{1*} Ana Luísa Machado Freitas,¹ Matheus Baldasso Araújo,¹ Pedro Andre Karkow Blos,¹ Jéssica Chaves,¹ Bruna Oliveira Lago,¹ Bruna Polanski Costa,¹ Luiz Gustavo Fuhr,¹ Matheus Pedro Strapasson,¹ Marcelo Tadday Rodrigues²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul,

TRABALHOS

Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* thomasgravi@gmail.com

Introdução. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença de impacto global, sendo a sexta causa de óbito no mundo e se estima que alcance o terceiro lugar até 2020. Caracteriza-se por uma limitação ao fluxo aéreo que não é totalmente reversível, resultado de uma resposta inflamatória exacerbada dos pulmões em resposta a agentes nocivos, sendo o tabagismo o principal fator de risco. É um problema de saúde pública e tem recebido crescente atenção nos últimos anos. Nos Estados Unidos é considerada a quarta causa de morbidade crônica, estando abaixo de infartos do miocárdio, acidentes vasculares encefálicos e doenças malignas. É uma doença que acarreta grandes custos para o sistema de saúde, devido ao grande número de internações por suas complicações e comorbidades. Ainda, a DPOC não se trata de uma enfermidade isolada, visto que apresenta importantes repercussões sistêmicas, como doenças cardiovasculares, osteoporose, desnutrição, anemia, depressão, entre outras. Dessa forma, este trabalho tem o objetivo de avaliar a proporção de pacientes que internaram por cardiopatia isquêmica (CI) e que apresentavam história de exposição a fatores de risco e/ou haviam sido diagnosticados com DPOC.

Metodologia. Estudo transversal, observacional, do tipo prospectivo. Foram selecionados pacientes acima de 18 anos, lúcidos e que concordaram em participar do estudo, internados no período de setembro de 2014 a junho de 2015, com o diagnóstico de Cardiopatia Isquêmica na Ala São Francisco, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro de Terapia Endovascular Hemodinâmica do Hospital Santa Cruz (HSC). Foram excluídos pacientes internados por outras patologias. Realizou-se coleta de dados por meio de entrevista com os pacientes junto ao leito, não sendo gravadas e o questionário preenchido pelo próprio pesquisador. Avaliou-se idade, sexo, procedência, peso, IMC, profissão, estado civil, escolaridade, status tabágico, uso de bebidas de álcool, atividade física, comorbidades associadas, história de doença pulmonar na infância, sintomas associados, medicações, realização de espirometria, resultado da espirometria (apenas quando o paciente portava o exame na internação, não sendo contabilizado o laudo verbal) e tratamento para DPOC. A análise e o processamento dados foram realizados com o programa SPSS® 22.0. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com o paciente. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa sob o número CAEE 30166914.0.0000.5343.

Resultados. A amostra do estudo contabilizou 69 pacientes que internaram com diagnóstico de CI no período analisado, sendo 35 (50,7%) indivíduos do sexo masculino. A média de idade dos pacientes foi de 65 anos. O índice tabágico médio foi de 40 anos/maço e as mulheres apresentaram um índice tabágico médio menor, de 20 anos/maço. Em relação à bebida alcoólica, 10 (14,5%) referiram o uso. A hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais prevalente, 78,3% dos pacientes. No grupo estudado, apenas 6 (8,7%) pacientes referiram realizarem tratamento para DPOC e 5 (7,2%) terem realizado espirometria prévia (Tabela 1). No estudo, 39 pacientes apresentavam história de tabagismo atual (31,9%) ou passado (24,6%), dos quais 64,1% desses pacientes apresentavam sintomas respiratórios: tosse, expectoração ou dispneia. Desses, 11 pacientes (44%) apresentaram-se com um desses sintomas, 8 pacientes (32%) com 2 sintomas e 6 (24%) com os 3 sintomas associados, conforme tabela 2.

Tabela 1. Escore de Gleason e nova classificação.

| Características | N % |
|-------------------------|------------|
| Sexo Masculino | 35 (50,7) |
| Idade (anos)* | 65,49 |
| Tabagismo ativo | 22 (31,88) |
| Ex – tabagista | 17 (24,63) |
| Etilismo | 10 (14,49) |
| Atividade Física | 15 (21,73) |
| Espirometria Prévia | 5 (7,24) |
| Em Tratamento para DPOC | 6 (8,69) |
| Óbito | 1 (1,44) |

*Resultado expresso em média

Tabela 2. Manifestações respiratórias nos pacientes internados por Cardiopatia Isquêmica de acordo com o hábito tabágico.

| Sintomas | Tabagistas ativos (%) | Ex-tabagistas (%) |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|
| Dispneia | 2 (16,7%) | 6 (46,1%) |
| Tosse | 0 (-) | 0 (-) |
| Expectoração | 3 (25%) | 0 (-) |
| Dispneia e Tosse | 1 (8,3%) | 1 (7,7%) |
| Dispneia e Expectoração | 1 (8,3%) | 0 (-) |
| Tosse e expectoração | 2 (16,7%) | 3 (23,1%) |
| Dispneia, Tosse e Expectoração | 3 (25%) | 3 (23,1%) |
| Total | 12 (100%) | 13 (100%) |

TRABALHOS

Discussão. A DPOC e a doença arterial coronariana (DAC) apresentam fatores de risco em comum, como tabagismo e idade avançada. Contudo, em pacientes que internam por cardiopatia isquêmica, o diagnóstico de DPOC parece ser pouco pensado naqueles que apresentam exposição a fatores de risco e sintomas respiratórios, visto que no grupo estudado com história de tabagismo, 64% tinham sintomas respiratórios compatíveis com a DPOC e apenas 8,7% dos pacientes que internaram por CI tinham diagnóstico de DPOC e estavam em tratamento. A relação entre DPOC e CI é demonstrada em estudos que associam maior risco de morte por doenças cardiovasculares e pior prognóstico após revascularização cardíaca e infarto do miocárdio em pacientes com DPOC. A literatura traz alta prevalência e um alto índice de subdiagnóstico de DPOC em pacientes com CI, o que também foi sugerido no nosso meio por este estudo. Uma limitação do estudo foi a impossibilidade de realizar a espirometria para confirmar diagnóstico no grupo estudado, dificultando determinar a real prevalência de DPOC e o possível subdiagnóstico no nosso meio.

Conclusão. Apesar da alta prevalência de sintomas respiratórios e exposição a fatores de risco, como o tabagismo, e do conhecimento de que pacientes com DPOC têm mais eventos e maior mortalidade por cardiopatia isquêmica, nosso estudo sugere que existe uma alta porcentagem de subdiagnóstico de DPOC em pacientes internados por cardiopatia isquêmica em nosso meio. Dessa forma, nosso estudo reforça a necessidade de maior atenção aos pacientes com fatores de risco e sintomas respiratórios sugestivos de DPOC, para que mais pacientes sejam diagnosticados e recebam tratamento e suporte necessários para atenuar os efeitos deletérios da associação entre DPOC e CI.

Referências.

1. Petersen H, Sood A, Meek PM, et al. Rapid lung function decline in smokers is a risk factor for COPD and is attenuated by angiotensin-converting enzyme inhibitor use. *Chest* 2014;145(4):695-703. doi: 10.1378/chest.13-0799.
2. Mendes AR, Moreno IL, Durand MT, et al. Análise das respostas do sistema cardiovascular ao teste de capacidade vital forçada na DPOC. *Revista Brasileiro de Fisioterapia* 2011;15(2):102-108. doi: 10.1590/S1413-35552011000200004.
3. Finkelstein J, Cha E, Scharf SM. Chronic obstructive pulmonary disease as an independent risk factor for cardiovascular morbidity. *International Journal of COPD* 2009;4:337-349.
4. Frits ME, Rochester CI. Comorbidities in patients with COPD and pulmonary rehabilitation: do they matter? *European Respiratory review* 2014;23(131):131-41. doi: 10.1183/09059180.00007613.
5. Salisbury AC, Reid KJ, Spertus JA. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on post - myocardial infarction outcomes. *The American Journal of Cardiology* 2007;99(5):636-641. doi: 10.1016/j.amjcard.2006.09.112.
6. Behar S, Panosh A, Reicher-Reiss H, et al. Prevalence and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease among 5,839 consecutive patients with acute myocardial infarction. *The American Journal of Medicine* 1992;93(6):637-641. doi: 10.1016/0002-9343(92)90196-I.
7. Wedzicha JA, Brill SE, Allinson JP, et al. Mechanisms and impact of the frequent exacerbator phenotype in chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Medicine* 2013;11:181. doi: 10.1186/1741-7015-11-181.
8. Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2005;84(3):206-213. doi: 10.1590/S0066-782X2005000300003.

45. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE EM MENORES DE 14 ANOS NO RIO GRANDE DO SUL

Juliana Cechinato Zanotto,^{1*} Leticia Schneider Selbach,¹ Paola de Oliveira Abreu,¹ Angelica Cristine Feil,¹ Angélica Van Der Laan Mendonça,¹ Gabson Araujo Aragonéz,¹ Jaqueline Kniphoff dos Santos,¹ Mariana Grossi,¹ Marina Fernandes Bianchi,¹ Tatiana Kurtz²

¹Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*juzanoto@hotmail.com

Introdução. A taxa de mortalidade na infância vem declinando no Brasil como resultado do efeito combinado de vários fatores. Através da análise dos óbitos na infância é possível, de maneira mais fidedigna que em qualquer outro grupo, elaborar correlações diretas com as condições vivenciadas por eles, desta forma, voltar às atenções para análise das principais causas de mortalidade na infância e, através desses dados traçar programas e políticas públicas direcionados à saúde infantil buscando a redução deste indicador relaciona-se diretamente à melhora da qualidade de vida populacional. Este estudo objetiva conhecer o perfil das principais causas de mortalidade em menores de 14 anos, no Rio Grande do Sul. A identificação e caracterização epidemiológica das principais causas de óbitos na infância é instrumento relevante para traçar planos de cuidados e assistência em saúde, objetivando reduzir ainda mais esses índices.

Metodologia. O princípio metodológico que norteou o estudo foi o da pesquisa de caráter descritiva, transversal, retrospectiva. Os dados epidemiológicos foram coletados no

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

banco de dados do DATASUS, no ano de 2014, no estado do Rio Grande do Sul. Foram analisados dados relacionados a faixas etárias abaixo de 14 anos, as causas básicas de morte foram classificadas de acordo com a CID-10.

Resultados. No estado do Rio Grande do Sul, houve um total de 2157 mortes identificadas como causas do CID-10 em menores de 14 anos no ano de 2014, sendo a faixa etária mais acometida a de 0 a 6 dias de vida, com um total de 754 mortes, seguida de 28 a 364 dias, com 474 mortes e em terceiro lugar 7 a 27 dias com 314 fatalidades, representando 34,5%, 21,9% e 14,5% respectivamente das mortes no período. Entre as causas principais, as três primeiras são: morte por afecções adquiridas no período perinatal, com 874 mortes no total para a faixa etária determinada, malformações congênitas com 477 mortes e causas externas com 262 mortes. Sobre as afecções do período perinatal, elas representaram 40,5% das causas de mortes, e acometeram mais a faixa etária até 6 dias, seguida por 7 a 27 dias e 28 a 364 dias, sendo a maior representante dessa classe os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal. No que tange as malformações congênitas, significaram apenas metade da porcentagem de acometimento comparada a citada anteriormente, com 22,1% do total de mortes. Dessas a principal representante foram as anomalias congênitas do sistema circulatório, acometendo 209 crianças e representando 43,8% das anomalias na faixa etária estudada. A terceira causa citada como mais impactante do CID – 10 de mortes em menores de 14 anos foram as causas externas, e nessa, ao contrário do que vimos anteriormente, a faixa etária mais acometida é a mais velha estudada, ou seja, de 10 a 14 anos, com 36% do acometimento. Dentre essa causa, os acidentes de transporte são a principal causa de morte em quase todas as faixas etárias, e soma 76 mortes, representando 29% de todas as causas de morte por fatores externos. Além das causas tabuladas do CID-10, existe a categoria causas mal definidas de mortalidade, com um total de 75 mortes em menores de 14 anos, sendo essas faixas etárias estudadas as menos acometidas por esse tipo de morte, com apenas 1,83% do total de mortes por causas mal definidas. A faixa etária mais acometida por esse tipo de mortalidade é de 28 a 364 dias e a principal causa de mortalidade foi morte súbita na infância com 61 mortes, representando 81,3% das mortes por causas não definidas em menores de 14 anos.

Discussão. Um dos indicadores mais comumente empregados para avaliar a situação de saúde de um país é a taxa de mortalidade infantil. Ao analisar os dados de Santa Cruz do Sul, em crianças de até 14 anos no ano de 2014, constata-se a faixa etária de 0 a 6 dias de vida a mais acometida por mortes cujas causas estão tabuladas no CID-10. Portanto, a taxa de mortalidade neonatal precoce de Santa Cruz do Sul é relativamente alta. Em relação às causas dessas mortes, destaca-se como

principal as afecções adquiridas no período perinatal, responsáveis por 874 óbitos no período analisado e que atingem essencialmente os nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Portanto, pode-se inferir que, ao melhorar o atendimento médico no pré-natal, acompanhando e orientando as gestantes de forma adequada, facilitaria a detecção de gestantes com desenvolvimento insatisfatório. Conseqüentemente, se reduziria o número de nascidos vivos com baixo peso e os decorrentes óbitos por afecções perinatais. As malformações congênitas representam a segunda causa mais frequente de mortes na faixa etária e período estudados. Apesar de serem extremamente variáveis tanto no tipo quanto no mecanismo causal, todas as anomalias congênitas surgem de um transtorno do desenvolvimento durante a vida fetal. Dentre as malformações graves, as cardiovasculares são as mais prevalentes.¹ Portanto, ressalta-se mais uma vez a importância do acompanhamento pré-natal, nesse caso com os objetivos da prevenção e do diagnóstico precoce de defeitos congênitos. Dessa forma, é possível reduzir o impacto das malformações nas taxas de mortalidade infantil. A terceira causa entre as mais prevalentes do CID-10 de óbitos em menores de 14 anos são as causas externas, acometendo mais intensamente crianças mais velhas, entre 10 e 14 anos. Dentre todas as causas externas, destacam-se os acidentes de transporte, mais frequentemente ocasionados por automóveis e bicicletas.² Sabe-se, no entanto, que a maioria desses acidentes poderia ser evitada com a adoção de medidas preventivas. Há, ainda, uma causa não tabulada no CID-10 denominada causas mal definidas de mortalidade. Um óbito declarado como sendo de causa mal definida pode ser consequência de problemas relacionados ao acesso aos serviços à saúde e a qualidade da assistência prestada à população neste serviço, em especial, os meios de apoio diagnóstico e o atendimento médico.

Conclusão. Considerando que a assistência ao recém-nascido com afecções perinatais apresenta elevados custos financeiros, evidencia-se a necessidade de elevar a cobertura e o aprimoramento da assistência pré-natal, de modo a facilitar a detecção e reduzir o número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.³ Em relação às malformações congênitas, são fundamentais a melhora no acompanhamento pré-natal adequado e o diagnóstico precoce, podendo-se reduzir assim, as mortes por essa causa. Quanto aos acidentes de transporte, responsáveis por inúmeros atropelamentos e traumas múltiplos, grande parte poderia ser prevenida educando as crianças e ensinando-as noções básicas de segurança no trânsito.

Referências.

1. SIEDERSBERGER NETO, Pedro et al. Mortalidade infantil por malformações congênitas no Brasil, 1996-2008. Revista da Amrigs, Porto Alegre, v. 2, n. 56, p.129-132, 05 maio 2012.

TRABALHOS

- GORIOS, Carlos et al. Acidentes de transporte de crianças e adolescentes em serviço de emergência de hospital de ensino, Zona Sul da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Ortopedia*, [s.l.], v. 49, n. 4, p.391-395, jul. 2014. Elsevier BV.
- ALMEIDA, M.F., JORGE, M.H.P.M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo v.32, n.3, 1998. O artigo analisa especificamente a frequência de nascimentos e óbitos de PIG em relação ao período de parto, número de filhos, idade e grau de instrução da mãe.

46. VARIAÇÕES NAS CAUSAS BÁSICAS DE MORTALIDADE NO IDOSO: UM COMPARATIVO ENTRE OS ANOS DE 2004 E 2014

Fernanda Pitelkow Figueira,^{1*} Crisley Piva,¹ Juliana Cechinato Zanotto,¹ Angélica Cristine Feil,¹ Guilherme da Silva Cezar,¹ Thomás Dias Souto Gravi,¹ Marcella Gonçalves Piovesan,¹ Gustavo Biondo,¹ Daniela Teixeira Borges,² Vera Costa Somavilla²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* fernanda.pitelkow@gmail.com

Introdução. O envelhecimento, cada vez mais, faz parte da realidade da maioria das sociedades. Diante disso, observa-se a relevância da garantia de boas condições de vida e de saúde à população idosa. Conhecer o perfil de mortalidade dessa população representa uma oportunidade de entendimento das possibilidades de intervenções que garantiriam essas condições. Este estudo objetiva conhecer o perfil das principais causas de mortalidade em idosos na cidade de Santa Cruz do Sul, comparando os anos de 2004 e 2014, de acordo com causa básica e sexo. Através do perfil epidemiológico traçado, poderá se observar as principais causas de óbito no idoso nessa cidade, permitindo planejar e adequar condutas almejando reduzir cada vez mais esses índices e aumentar a qualidade de vida desses pacientes.

Metodologia. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo. Os dados epidemiológicos foram coletados juntamente a Vigilância Sanitária de Santa Cruz do Sul, abrangendo os anos de 2004 e 2014 e tabulados através do programa Microsoft Excel 2010. Foram analisados os seguintes grupos: menores de 60-69, 70-79 e maiores de 80 anos, correlacionando-se esses dados com sexo e causa do óbito.

Resultados. Através da análise e comparação dos dados percebe-se que houve um crescimento de 26,4 % da

mortalidade na faixa etária acima de 60 anos, no período de 2004 e 2014, no município de Santa Cruz do Sul. No ano de 2004, as mulheres apresentavam maior número de óbitos em relação aos homens, entretanto em 2014, observa-se uma inversão, sendo que os homens apresentam uma maior taxa de óbitos. Verifica-se, então que houve um crescimento de mortes maior no sexo masculino (36,6%) em comparação ao sexo feminino (17,5%). As doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e doenças do aparelho respiratório nesta ordem representam as principais causas de mortalidades entre idosos residentes do município. As mortes causadas por doenças do aparelho circulatório são mais prevalentes entre as mulheres (55%) do que em homens (44%). Entre o sexo feminino a maior prevalência é verificada na faixa etária acima do 80 anos, já entre os homens é na faixa etária dos 70 aos 79 anos. Percebe-se maior taxa de mortalidade por neoplasias, bem como de óbitos causados por doenças do aparelho respiratório no sexo masculino em ambos os anos analisados. É verificado maior ocorrência de mortes por neoplasias na faixa etária dos 60 aos 69 em 2004, e entre a faixa etária de 70 aos 79 anos no ano de 2014 entre homens. Entre as mulheres a maior ocorrência se dá na faixa etária de 70 aos 79 no anos analisados. Óbitos por doenças do aparelho respiratório são mais prevalentes no sexo masculino (65%) em comparação os sexo feminino (42%). Nos homens, em 2004 a faixa etária que apresentou mais óbitos foi acima de 80 anos, modificando-se para 70 aos 79 anos em 2014. Nas mulheres não houve mudança significativa de faixa etária permanecendo acima dos 80 anos ao longo do período.

Discussão. A partir dos resultados obtidos, foi constatado que, entre os anos analisados, as doenças do aparelho circulatório aparecem como o principal grupo de causas declaradas de morte entre a população idosa no Brasil. Apesar de as doenças cardiovasculares (DCV) serem a primeira causa de morte no país, poucos estudos abordam a distribuição espacial e temporal da mortalidade por elas, principalmente no que se refere à faixa etária dos idosos. A mortalidade por DCV é um fenômeno que possui diferentes fatores de risco associados, desde fatores sociais a genéticos. Essa constatação vai ao encontro dos dados encontrados no município de Santa Cruz do Sul, referente às causas de mortalidade do idoso declaradas, bem como, observa-se que os outros grupos de causas de morte têm sua participação relativa aumentada. Entre eles, as doenças do aparelho respiratório que aumentam sua participação, sobretudo nas idades mais avançadas; e as neoplasias que têm sua presença aumentada principalmente no grupo etário 60-69 anos, tanto a nível nacional como no município avaliado. Outro fator a ser colocado é a inversão do maior número de óbitos por faixa etária no município de Santa Cruz do Sul, que era maior em

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

idade acima de 80 anos em 2004, modificando-se para 70 aos 79 anos em 2014 na população masculina. Esse dado é preocupante para o município, visto que, os óbitos mostram-se precoces, comparado à população brasileira, que ainda apresenta o maior número de óbitos na idade acima de 80 anos. A literatura apresenta estatísticas de mortalidade, onde o sexo é apontado como um fator de risco para morte entre idosos e os homens parecem estar mais propensos que as mulheres. Essa diferença na mortalidade ocorre por vários fatores que, fazem com que as mulheres vivam mais que os homens. É uma característica feminina a procura por serviços de saúde, mais do que os homens, o que facilita o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças. Existem, também, as diferenças biológicas consideradas protetoras para a mulher, como por exemplo, o hormônio feminino, durante a idade fértil, em relação a eventos cardiocirculatórios, porém esse efeito se perde quando a mulher entra na menopausa e se iguala às mesmas chances que o homem de adquirir as mesmas comorbidades. No entanto, em Santa Cruz do Sul, as mortes causadas por doenças do aparelho circulatório são mais prevalentes entre as mulheres (55%) do que em homens (44%). Isso provavelmente se deve à introdução da mulher em ambientes de trabalho que não a restringem mais ao tradicional ambiente doméstico, confrontado com aqueles que apenas os homens eram expostos. O hábito de fumar e o consumo de álcool, que aumentam o risco para inúmeras doenças, também são importantes fatores que, hoje, igualaram-se ou aumentaram, devido às mudanças nos hábitos e comportamentos femininos. Assim, as revisões bibliográficas, mostram que as estatísticas de mortalidade, como as apresentadas no presente estudo, constituem a forma mais utilizada para conhecer o estado de saúde da

população e para o planejamento de ações necessárias para a promoção de saúde.

Conclusão. O planejamento eficaz de ações para a promoção de saúde decorre do conhecimento do estado de saúde da população, a partir das estatísticas de mortalidade. A qualidade das informações sobre as causas de morte, assim, é imprescindível. Portanto, o estudo pode contribuir para um melhor controle e prevenção das doenças cardiovasculares, entre outras também citadas, na medida em que embasa a importância do aprofundamento a respeito das condições de mortalidade em idosos, direcionando as estratégias de intervenção para promoção de saúde nessa faixa etária.

Referências.

1. CABRERA, M.A.; SARRIA, S.M.; ANDRADE, M.W. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v.1, n.1, p.12-8, 2007.
2. JORGE, M.H.P.M.; LAURENTI, R.; LIMA, C.M.F.; GOTLIEB, S.L.D.; FILHO, A.D.P.C. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2008. Dez; v.17, n.4, p.271-281.
3. LIMA, C.M.F.; PEIXOTO, S.V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2004. Dez; v.13, n.4, p.217-228.
4. KANSO, S.; ROMERO, D.E.; LEITE, I.C.; MARQUES, A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cad. Saúde Pública.* 2013 Apr; v.29, n.4, p.735-748.
5. CARVALHO, M.H.R.; CARVALHO, S.M.R.; LAURENTI, R.; PAYÃO, S.L.M. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014 Jun; v.23, n.2, p.347-354.

TRABALHOS

Categoria: Liga acadêmica Modalidade: Relato de Caso

47. ABDOME AGUDO PERFURATIVO ATÍPICO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E CONTROLE DE COMPLICAÇÕES

Pedro Augusto Tibolla,^{1*} Isabela Dorneles Pasa,¹ Maria Eduarda Teló,¹ Guilherme Leonardo Costa de Moura,¹ Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky²

¹Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* pedroat@mx2.unisc.br

Introdução. O abdome agudo perfurativo é a terceira causa mais comum de abdome agudo, figurando entre as principais urgências abdominais não-traumáticas. A apresentação clássica se dá com dor de início súbito e intenso, que se difunde rapidamente em todo abdome, levando o paciente a procurar rapidamente o atendimento médico. Além disso, o quadro doloroso costuma vir acompanhado de sinais de septicemia que podem culminar em hipotensão e até choque. Há sinal de Jobert (desaparecimento da maciez hepática por pneumoperitônio), ausência de RHA e sinais evidentes de peritonite. A gravidade do quadro depende de fatores como o tipo de conteúdo extravasado, as condições do doente e o tempo até a procura do serviço de saúde. Nas perfurações de trato digestivo baixo, especialmente de intestino grosso, a peritonite é séptica desde o início, enquanto nas perfurações de trato alto, há inicialmente uma inflamação peritoneal de natureza química, progredindo para invasão bacteriana secundária. Nesse relato de caso abordaremos o abdome agudo perfurativo em cólon, porém com uma apresentação diferenciada, pois a paciente não apresentou algia súbita, mas sim de aumento gradual, além de sintomas urinários (dor suprapúbica, disúria e colúria). A descoberta de uma massa estenosante em sigmóide durante laparotomia explorativa evidenciou definitivamente a relevância em apresentação do relato.

Descrição do caso. Z.M.B, sexo feminino, 54 anos, com história prévia de doença de chagas há 4 anos, porém sem manifestações clínicas evidenciadas anteriormente. Foi admitida no Hospital Santa Cruz referindo dor em cólica na região supra-púbica há aproximadamente 10 dias, além de dor abdominal difusa há 48h, com evolução gradual e piora progressiva. Buscou o serviço de saúde, pois apresentou pico de dor, associado à tontura, náuseas e síncope acompanhada de perda urinária. Paciente nega vômitos, parada de eliminação de fezes, emagrecimento e enterorragia. Ao exame

físico apresentou abdome distendido com ruídos hidroaéreos diminuídos, timpanismo à percussão e dor difusa à palpação. Apresenta função vesical preservada. Realizou-se esquema de RX de rotina de abdome agudo, evidenciando pneumoperitônio, o que levou à indicação de laparotomia exploratória. No transoperatório foi identificada grande quantidade de fezes na cavidade abdominal em decorrência de perfuração de sigmóide. Abaixo da perfuração verificou-se massa estenosante, com áreas esbranquiçadas indicando tumor que invadia a serosa. A lesão estendia-se até cerca de 3 centímetros do reto intraperitoneal. Realizou-se contenção da perfuração com clameamento e lavagem exaustiva da cavidade abdominal com soro fisiológico. Prosseguiu-se com colectomia esquerda à Hartmann sem intercorrências. No pós-operatório paciente apresentou boa evolução clínica e hemodinâmica, recebeu ampicilina, sulbactam e metronidazol. Apresentou boa resposta evolutiva, estado afebril, lúcido, orientado e comunicativo, com sinais vitais estáveis, dor abdominal apenas ao se movimentar, ausência de fezes e gases em bolsa de colostomia, abdome globoso, depressível, indolor à palpação, sem sinais de peritonismo e ruídos hidroaéreos presentes. Manteve-se estável, a ferida operatória permaneceu com bordos coaptados, a drenagem de secreção serosanguinolenta se deu em pouca quantidade e no sétimo dia pós operatório recebeu alta.

Discussão. O abdome agudo perfurativo possui etiologia variada relacionada com processos inflamatórios, neoplásicos, infecciosos, iatrogênicos ou por ingestão de corpo estranho. Seu quadro clínico geralmente cursa com dor súbita, de forte intensidade, com difusão rápida para todo o abdome. Tal característica de sensação dolorosa, entretanto, não corresponde ao ocorrido com a paciente do presente caso, fato que alerta para um possível quadro atípico de abdome agudo perfurativo e que exige atenção para realização de correto diagnóstico e conduta. A peritonite causada pela perfuração de colo ao lado esquerdo costuma ser menos grave que a do lado direito, isso se deve pela alta virulência dos germes presentes do lado direito, além da consistência líquida do material fecal deste lado, pois diferentemente do lado esquerdo, se dissemina rapidamente. Esse fato pode ser o responsável pela manifestação dolorosa atipicamente gradual apresentada pela paciente. As características da massa estenosante encontrada indicam para a hipótese diagnóstica de perfuração por adenocarcinoma de cólon. A perfuração espontânea por neoplasia no trato gastrointestinal pode ocorrer através de dois mecanismos: as células neoplásicas podem substituir a parede intestinal e passar por

TRABALHOS

degeneração necrótica durante sua rápida proliferação e pode ocorrer oclusão vascular por infiltração de células neoplásicas, resultando em isquemia, vulnerabilizando a resultando em perfuração. Os efeitos desses mecanismos podem se dar em localizações diferentes das do sítio tumoral devido ao aumento da pressão intraluminal pela estenose e ao efeito oclusivo vascular à distância, o que explicaria a perfuração acima do tumor. A dor suprapúbica em cólicas também é justificada pela hipótese neoplásica, visto que a dor abdominal em cólica na região de localização tumoral é um sintoma do câncer de colorretal. Devido à extensa área de comprometimento intestinal no caso descrito, optou-se por realizar a cirurgia de Hartmann, procedimento que consiste na ressecção do segmento colônico doente associada a uma colostomia proximal com fechamento do coto distal. Foi indicada nesse caso por não haver segurança na realização de anastomose primária em vista das condições da paciente. Além da hipótese de perfuração secundária à neoplasia, devemos considerar o fato de que a paciente Z.M.B possui história prévia de doença de Chagas. Uma das principais manifestações viscerais dessa doença é o megacólon, que cursa com complicações como constipação crônica e severa, desconfortante distensão abdominal, fenômenos oclusivos associados com fecaloma ou volvo sigmóide, necrose da alça volvida, colite isquêmica e úlcera que pode ou não perfurar. Levando em conta o histórico da paciente e o quadro apresentado, o megacólon chagásico deve ser considerado como diagnóstico etiológico diferencial nesse caso. As alternativas possíveis para o tratamento cirúrgico do megacólon chagásico buscam aliviar os sintomas da doença e prevenir suas complicações. Abordagens que incluem amplas disseções de reto se associam a um maior número de complicações, portanto devem ser evitadas. A retirada do segmento proximal do reto e de todo o cólon dilatado com realização de anastomose acima da reflexão peritoneal devolve ao paciente o que poderia ser esperado em termos funcionais, sem os riscos observados com as técnicas desnecessariamente radicais.

Referências.

1. Rasslan, S.; Moricz, A. Abdome Agudo Perforativo. In: Lopes, A.C.; Reibschaid, S.; Szejfenc, J. (Org.). Abdome Agudo, Clínica e Imagem. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004.
2. Menegjelli, UG. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. Medicina, Ribeirão Preto, 36:283-293, abr./dez. 2003.
3. Brunetti A, Scarpelini S. ABDÔMEN AGUDO ACUTE ABDOMEN. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto) 2007;40(3):358-67.
4. Chao TC, et al. Perforation through small bowel malignant tumors. J Gastrointest Surg 2005;9:430-5.
5. Kim SW, Kim HC, Yang DM. Perforated tumours in the gastrointestinal tract: CT findings and clinical implications.

The British Journal of Radiology 2012;85(1017):1307-1313. doi: 10.1259/bjr/21382039.

6. CARNEIRO NETO JD; et al. Câncer Colorretal: Características Clínicas e Anatomopatológicas em Pacientes com Idade Inferior a 40 Anos. Rev bras Coloproct 2006;26(4):430-435.
7. SANTOS JÚNIOR JCM. Megacólon - Parte II: Doença de Chagas. Rev bras Coloproct 2002(4):266-277.

48. ANESTESIA NO PACIENTE CARDIOPATA: UM RELATO DE CASO

Fernanda Giacomini,^{1*} Carolina Patrícia Schneider,¹ Hérica Lucena,¹ Marcelo Cezar Maffi,¹ Jorge Elias Dalferth de Oliveira,¹ Lawrence Hollenbach Pavão,¹ Roberto Lange Agra,¹ Andrei Sanson Dias,¹ Guaraci Azambuja²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* giac.fer29@gmail.com

Introdução. A anestesia no paciente cardiopata exige não só do anestesista como da equipe cirúrgica uma maior atenção em relação ao paciente hígido. Por esse motivo, é importante uma boa avaliação pré-anestésica, principalmente no que se diz respeito à história do paciente. Com o avanço da medicina as técnicas anestésicas também foram aperfeiçoadas, no entanto, os riscos para a morbimortalidade do paciente ainda persistem. A fim de minimizar esses riscos, além de uma correta avaliação pré-operatória é necessário um domínio da técnica a ser utilizada. Por se tratar especialmente de um paciente mais vulnerável às complicações, toda ação, desde a decisão à cirurgia, risco anestésico e pós-operatório, necessita de um árduo conhecimento da equipe afim de que se possa proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Descrição do caso. Paciente D. V. N. S., 52a, previamente hipertensa, com insuficiência cardíaca congestiva e edema agudo de pulmão de repetição. Apresenta história de febre reumática na infância, tendo realizado plastia de válvula mitral há 29 anos. Após essa cirurgia em 1987, a paciente permaneceu estável e assintomática, porém há cerca de 2 anos, quando procurou atendimento com cardiologista, vem se queixando de dispnéia e cansaço aos mínimos esforços e relatando piora da dispnéia paroxística noturna com melhora ao ortostatismo. As avaliações cardiológicas revelaram a necessidade de troca dupla valvar (aórtica e mitral) e plastia da tricúspide para uma melhor qualidade de vida da paciente. No dia 01/08/16, ela interna no Hospital Santa Cruz do Sul (HSC) – RS para realização de cateterismo e troca valvar. Após estabilização do quadro de dispnéia, em 10/08/16, realizou cirurgia

TRABALHOS

cardíaca para dupla troca valvar (aórtica e mitral) e plastia da tricúspide (CEC 175 / Clamp 146). No processo anestésico, foram utilizadas as seguintes medicações: 6 ampolas de Sufentanil 75mcg/ml em bolus, depois em bomba, 1 ampola Midazolam 15 mg, 1 ampola de Metaraminol 10 mcg/ml, 1 bolsa de Manitol 20% 250 mL, 3 bolsa de Ringer, 5 bolsas de SF 250 mL, 8 bolsas de SF 1000 mL, 1 ampola de Diazepam, 4 frascos de Cefazolina 4g – 2 g na indução, 2 ampolas de heparina, 1 frasco de hidrocortisona, 3 ampolas de Brometo de pancuronio, Ácido tranexâmico, Dobutamina, 2 ampolas de Noradrenalina e Nitroglicerina. Durante o procedimento por alguns minutos a pressão pulmonar ultrapassou a pressão sistêmica, sendo logo em seguida estabilizado o quadro, não havendo maiores intercorrências. A paciente após a cirurgia foi encaminhada para a UTI.

Discussão. A avaliação pré-anestésica é fundamental para oferecer o cuidado adequado a cada paciente. Reconhecendo a importância da classificação dos riscos a American Society of Anesthesiologists (ASA), criou o escore de ASA. A paciente relatada se enquadra no ASA IV por apresentar uma doença valvar com constante risco de vida. Além do escore de ASA hoje já existem outros instrumentos de avaliação específicos para cada cirurgia. O conhecimento das medicações das quais o paciente faz uso também e de suma importância, pois muitas delas podem ter interações com os fármacos anestésicos. Como no caso da paciente, que faz uso de IECA e diurético tiazídico. O primeiro pode causar hipotensão per-operatória e o segundo pode acarretar em hipocalcemia agudizada pela ventilação mecânica. O principal objetivo da anestesia no paciente cardiopata é a manutenção da homeostase fisiológica. Isto inclui a monitorização cardiovascular, pulmonar, neurológica e renal. Tanto no caso de insuficiência mitral como aórtica deve se manter resistência vascular sistêmica, frequência cardíaca acima de 80 bpm e evitar depressão miocárdica. Nesse caso foi utilizado Metaraminol 10 mcg/ml, uma potente amina simpatomimética que aumenta a pressão sanguínea tanto diastólica como sistólica, evitando a hipotensão causada pela anestesia. Noradrenalina para aumento da resistência vascular sistêmica e nitroglicerina para vasodilatação. Também foi usado Dobutamina, empregado no tratamento de insuficiência cardíaca, para melhorar a força de contração cardíaca. Para evitar sangramentos o medicamento de escolha foi o Ácido Tanexêmico. No caso relatado a paciente possui uma valvopatia, portanto deve se utilizar uma antibioticoprofilaxia a fim de reduzir os riscos de endocardite. No caso descrito foi utilizado Cefazolina 4 g (2 g no momento da indução). As drogas anestésicas utilizadas no caso relatado não variaram das citadas na literatura. As drogas pré-anestésicas são uteis na diminuição da ansiedade, da dor antes da indução anestésica e até provocam um certo grau de

amnesia. No caso relatado foi utilizado Midazolam 15 mg. Para facilitar a intubação oro-traqueal e o procedimento cirúrgico se faz uso de um relaxante muscular, como no caso em que foi empregado o Brometo de Percurônio. Como componente anestésico e analgésico foi utilizado o Sufentanil 75mcg/ml em bolus, depois em bomba durante a operação. Por meio dos dados citados acima concluímos que o processo anestésico vai muito além de uma simples sedação, principalmente quando se trata de um paciente com alguma doença de base não controlada. É necessário estar atento às complicações per-operatórias e diminuí-las ao máximo. Para tanto é fundamental não só um trabalho eficaz do anestesista como de toda a equipe envolvida no procedimento a ser realizado.

Referências.

1. Tratado de Anestesiologia - 2 Vols. - Saesp - 7ª Ed. 2011
2. De Souza Hobaika, Adriano Bechara, Wendell Valadares Campos Pereira, and Giovanni Menezes Santos. "Anestesia no paciente cardiopata." CEP 30140 (2011): 093.
3. Barbeito A. Preanesthetic consultation for cardiac surgery. UptoDate; Revisão da literatura atual: Agosto 2016 / Atualização: Out 1, 2015.

49. BLOQUEIO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA: UM RELATO DE CASO

Jorge Elias Dalferth de Oliveira,^{1*} Marcelo Cezar Maffi,¹ Júnior Luza,¹ Andrei Sanson Dias,¹ Fernanda Giacomin,¹ Carolina Patrícia Schneider,¹ Guaraci Azambuja²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*j_oliveira8@hotmail.com

Introdução. O herpes-zoster é uma doença infecciosa relativamente comum provocada pela reativação do vírus varicela-zoster caracterizada por manifestações cutâneas dolorosas. A doença pode evoluir para a cura em poucas semanas ou a dor pode continuar por meses ou anos. O termo neuralgia pós-herpética é utilizado para denominar a persistência da dor. Assim, este é o sintoma que mais perturba o paciente, tanto a aguda associada ao herpes zoster, como a dor crônica da neuralgia. Dentre as manifestações clínicas, predominantemente há comprometimento da face e tórax, podendo acometer os pares cranianos, principalmente o nervo trigêmeo levando conseqüentemente a complicações importantes. A persistência da dor causa um importante comprometimento na qualidade de vida dos indivíduos e aumento dos custos com saúde, somado a isso, existe dificuldades na sua abord-

TRABALHOS

agem apesar dos avanços na medicina e de casos refratários. Dessa forma, abordar e manejar corretamente a neuralgia são de suma importância para que o paciente tenha uma melhora na qualidade de vida, por isso torna-se fundamental conhecer o quadro e saber escolher o melhor bloqueio para o paciente que dependerá do estado físico do paciente, da intensidade e duração da síndrome e da facilidade do médico.

Descrição do caso. Paciente O.S, masculino, 56 anos, hipertenso, tabagista, HIV + com carga viral indetectável, tratado para Herpes Zoster. Em uso de Atazanavir, Zidovudina e lamivudina, Carbamazepina, Amitriptilina, Lítio e em uso crônico de Morfina. O paciente faz acompanhamento na Clínica da Dor no Hospital Ana Nery em virtude de uma Neuralgia pós herpética em 2008 a qual acometeu o nervo trigêmeo. Frequenta a clínica da dor para bloqueio do nervo supra orbitário e maxilar inferior e, além disso, faz eletroestimulação. O paciente relata dor crônica e severa em face e sem percepção de melhora dela após o evento há 8 anos. Em virtude disso, relata que necessita de morfina fazendo uso de 60 gotas 3 vezes ao dia.

Discussão. O vírus varicela-zóster (VVZ) é um herpes vírus causador da varicela, que persiste de forma latente no sistema nervoso por toda a vida do indivíduo após a infecção primária. A doença pode evoluir para a cura em poucas semanas ou a dor pode continuar por meses a anos. A duração algica deve ser de no mínimo um mês, acometendo o trajeto do nervo afetado e que se inicia entre um e seis meses após a cura das erupções cutâneas, podendo durar anos. A NPH pode se manifestar com diferentes tipos de dor, sintomas sensoriais e possui caráter crônico caracterizado por queimação, formigamento, ardor e pode estar associada à hiperalgesia, hiperestesia ou alodínia. Além disso, a dor é na grande maioria das vezes a queixa principal, sendo o sintoma que mais incomoda o paciente causando impacto na vida pessoal e social. Afeta o sono, a capacidade para trabalhar, realizar atividades físicas, entre outras práticas diárias, refletindo assim em importante comprometimento na qualidade de vida e um aumento nos custos dos cuidados com a saúde do indivíduo. O tratamento é feito com fármacos para o controle e alívio da dor. Atualmente, vários tratamentos e técnicas intervencionistas estão disponíveis com essa finalidade. A primeira linha para o tratamento da NPH são os anticonvulsivantes (gabapentina e pregabalina) e os antidepressivos tricíclicos (principalmente amitriptilina). Também, temos a lidocaína tópica como fármaco de primeira linha para o tratamento da NPH, agindo de forma a bloquear os canais de sódio, reduzindo as descargas ectópicas anormais e consequente aumento do limiar da dor. Já na segunda linha de tratamento, estão os analgésicos opioides que também podem vir a ser usados na vigência de falha terapêutica. Como terapia de fase aguda, os bloqueios

simpático-neurais também podem ser considerados para alívio da dor de etiologia HZ e NPH. Em contrapartida, é uma terapia invasiva, de meia-vida reduzida, promovendo alívio da dor por 12 a 24h. Todavia, ao longo prazo, o alívio pode ser alcançado realizando o procedimento semanalmente e numa fase inicial da doença. A incidência de complicações graves causadas pelo bloqueio é baixa e depende da localização do nervo bloqueado. Vários estudos observacionais e prospectivos sugerem que a utilização do bloqueio peridural em combinação com administração oral de um agente antiviral é muito eficaz no tratamento do HZ aguda, diminuindo a duração e a gravidade da dor. O paciente relatado, em virtude da falta de controle da dor com opioides, acaba por abusar da substância e sedimenta processo de adição a esta classe farmacológica. Então, o uso de bloqueio neural resultou em alívio sintomático satisfatório. Assim, embora existam vários tratamentos farmacológicos para o alívio sintomático da dor neuropática, o controle ideal da dor é difícil, e nenhum tratamento é completamente eficaz para todos os pacientes. Novos ensaios clínicos randomizados e controlados são necessários para melhor avaliar as combinações de fármacos e as novas terapias, a fim de desenvolver novas estratégias para o manuseio da NPH.

Referências.

1. Portella AVT, Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética. Relato de caso. Revista dor vol.14 no.3, São Paulo; 2013.
2. Albrecht MA, Treatment of herpes zoster in the immunocompetent host. UptoDate. Literatura revisada: Agosto 2016 / Atualizado: Julho 21, 2016.
3. Bajwa ZH. Postherpetic neuralgia. UptoDate. Literatura revisada: Agosto 2016 / Publicado: Apr 27, 2015.

50. CASO DE DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO 1 COM PADRÃO ELETRONEUROMIOGRÁFICO TÍPICO

Mariana Almudi,^{1*} Augusto Hinterholz,¹ Fernanda Brands,¹ Fernanda Schuh Martins,¹ Fernando Augusto Marion Spengler,¹ Jéssica Calheirana Guzzo,¹ Maura David,¹ Paula Bibiana Müller Nunes,¹ Vinicius Schreiner,¹ Angela Zanonato²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* ligadaneurologiaunisc@gmail.com

Introdução. Miotonia consiste no fenômeno de persistência da contração ativa do músculo esquelético após cessado o esforço voluntário, ou dificuldade de relaxamento após

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

contração muscular. Ela encontra-se presente em alguns subtipos de miopatias, doenças que afetam as fibras musculares e ocasionam fraqueza. Miopatias causadas por defeitos genéticos são denominadas distrofias musculares. A distrofia miotônica (DM) É a forma mais comum de distrofia muscular em adultos, com incidência de 1:8.000 e com prevalência entre 2,1 a 14,3:100.000 habitantes. Apresenta herança autossômica dominante e é caracterizada pelo fenômeno de miotonia e manifestações sistêmicas como catarata e distúrbios endócrinos. Apresenta dois subtipos: DM1 e DM2. A DM1 ou Doença de Steinert decorre de mutação no gene *DMPK*, possui 4 fenótipos diferentes incluindo formas congênitas, e pode ocorrer em qualquer faixa etária, enquanto a DM 2 decorre de mutação no gene *CNBP* e costuma apresentar-se entre a terceira e quinta décadas de vida. Predominam na DM1 a maior gravidade dos sintomas de fraqueza e atrofia muscular, miotonia e envolvimento do sistema cardiovascular. A eletroneuromiografia (ENMG) é utilizada como auxiliar no diagnóstico e avaliação, sendo o teste genético o exame confirmatório. Entretanto, diante da singularidade dos sintomas clínicos e padrão eletromiográfico característico, o diagnóstico pode ser feito mesmo na ausência de testagem genética. O objetivo desse relato é apresentar um caso de uma paciente com DM1 que possui padrão eletroneuromiográfico típico.

Descrição do caso. Paciente feminina, 28 anos, encaminhada para avaliação neurológica por suspeita de miopatia inflamatória. Desconhecia antecedentes do período neonatal e história de alteração do desenvolvimento neuropsicomotor. Relatava dificuldade de realizar preensão palmar e correr desde os 18 anos, com agravo progressivo. Atualmente apresentava fraqueza para subir escadas, quedas frequentes e câibras em membros inferiores. Usou prednisona na dose de 1mg/Kg por 6 meses sem melhora dos sintomas. Ao exame físico apresentava musculatura eutrófica, miotonia de percussão após percussão da eminência tenar, fraqueza proximal e distal nos membros superiores e inferiores e reflexos diminuídos. Mostrava dificuldade de abertura rápida e relaxamento da mão após manutenção da mão cerrada por alguns segundos com melhora da dificuldade de relaxamento das mãos após abertura e fechamento repetidos (fenômeno do aquecimento). Ao exame eletroneuromiográfico apresentava neurocondução sensitiva e motora preservada nos membros superiores e inferiores. Durante o estudo eletromiográfico, observaram-se descargas miotônicas em músculos dos membros inferiores e superiores. Negava queixas visuais e nunca fizera investigação de patologias cardíacas ou endócrinas. Encaminhada para acompanhamento neurológico, a paciente aguarda consulta pelo sistema único de saúde no momento.

Discussão. O diagnóstico da DM na vida adulta é suspeitado em pacientes entre 10 a 60 anos que se apresentam com

fraqueza muscular, miotonia, mialgia, catarata e acometimento multissistêmico, como hipersonia, déficit intelectual, sintomas cardíacos, gastrointestinais ou distúrbios endócrinos. Na ENMG da DM1, o encontro de descargas miotônicas é fundamental para o diagnóstico, enquanto na DM2 as descargas miotônicas estão geralmente ausentes. No caso da DM1, o teste genético é confirmatório em 100% dos casos. Embora não tenha sido realizada a pesquisa genética, a paciente desse relato apresentou história e manifestações clínicas clássicas, assim como ENMG. As manifestações clínicas mais frequentes da DM1 são: fraqueza nos músculos faciais (elevadores palpebrais, superficiais, temporais), esternocleidomastóideo, músculos distais do antebraço, intrínsecos das mãos e dorsiflexores do tornozelo. O sinal mais proeminente nos estágios precoces da doença é a miotonia, agravada pelo frio e estresse. A paciente descrita apresentava miotonia após a percussão da eminência tenar. Como diagnósticos diferenciais devem ser descartadas doenças autoimunes (polimiosite, lúpus eritematoso sistêmico e doença mista do tecido conjuntivo), miopatias hereditárias distais, assim como outras doenças hereditárias que causam miotonia, doença do neurônio motor, fibromialgia e parkinsonismo. De modo a melhorar o prognóstico e a qualidade de vida, é importante a realização de alguns exames para diagnosticar comorbidades comumente associadas, como hipotireoidismo, diabetes, hipogonadismo, distúrbios da condução cardíaca, anormalidades cardíacas estruturais e distúrbios visuais. O envolvimento cardíaco é uma das características principais da evolução da DM1. A histopatologia cardíaca pode demonstrar fibrose do sistema de condução e do nodo atrioventricular, hipertrofia dos cardiomiócitos e infiltração gordurosa. Sabe-se que quanto mais precoce for a apresentação da doença, mais graves serão as manifestações cardíacas. O tratamento baseia-se em medidas sintomáticas, apoio multidisciplinar e aconselhamento genético. Atualmente nenhum tratamento pode alterar a história natural da doença. São empregadas próteses ortopédicas, cirurgias oculares, fisioterapia motora e fármacos para controle da mialgia tais como os antiinflamatórios, gabapentina, antidepressivos e glicocorticóides em baixas doses. A expectativa de vida desses pacientes está abaixo da média da população geral, sendo relatado o maior número de óbitos entre 48 e 55 anos, principalmente por infecções repetidas e fenômenos tromboembólicos, porém, o prognóstico depende diretamente da agressividade do fenótipo encontrado.

Referências.

1. Jaspert A, Fahsold R, Grehl H, Claus D. Myotonic dystrophy: correlation of clinical symptoms with the size of the CTG trinucleotide repeat. *J Neurol* 1995;242(2):99-104.
2. Udd B, Krahe R. The myotonic dystrophies: molecular, clinical,

TRABALHOS

- and therapeutic challenges. *Lancet Neurol* 2012;11(10):891-905.
- Lee J. E., Cooper T. A. Pathogenic mechanisms of myotonic dystrophy. *Biochem Soc Trans.* [Internet] 2009[2016];37(6):1281-1286. <http://www.biochemsoctrans.org/content/37/6/1281.long>.
 - Watanabe N., Lin J., Queiroz L. P., Claudino L. S., Lin K.. Distrofia miotônica tipo 1: um relato de caso. *Arq. Catarin. Med* 2012;41(2):70-73.
 - DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 113991, Myotonic dystrophy; [updated 2015 Apr 27]; Available from <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=113991>. Registration and login required.
 - Jorge BAL, Lanzieri PG, Do Carmo FB, Haffner PMA, Jorge AJL, Martins WA. Cardiomiopatia secundária á distrofia de Steinert. *Insuf. card.* [Internet] 2012[citado 2016 Sep 02];7(3):133-137. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622012000300007&lng=es.

51. ESCLEROSE TUBEROSA: RELATO DE CASO

Fernanda Brands,^{1*} Vinicius Samuel Schreiner,¹ Ana Leonora de Bortoli,¹ Augusto Hinterholz,¹ Fernanda Schuh Martins,¹ Fernando Augusto Spengler,¹ Gustavo Faccin Herbstrith,¹ Jessica Calheirana Guzzo,¹ Paula Bibiana Müller Nunes,¹ Antonio Manoel de Borba Júnior²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* fernanda.bredowbrands@gmail.com

Introdução. A Esclerose tuberosa (ET) ou Doença de Bourneville é uma doença genética, autossômica dominante com prevalência estimada de 1:10.000 nascidos vivos;¹ contudo, em mais de 50% dos casos pode apresentar incidência de 1:50.000 a 1:300.000, devido a elevada frequência de novas mutações genéticas.¹ A ET é uma condição multissistêmica, caracterizada pelo crescimento de hamartomas em múltiplos órgãos como encéfalo, rins, pulmões, pele (local de acometimento mais comum⁴), coração, ossos e outros órgãos.² A doença se caracteriza fisiopatologicamente por proliferação e diferenciação celular anormal, com a formação de uma massa de células desorganizadas (hamartoma)² e clinicamente pela tríade epilepsia, deficiência mental e adenoma sebáceo.³ O acometimento neurológico leva a déficit cognitivo de graus variados, o renal de leve até insuficiência renal grave, o cardiológico como distúrbios de ritmo e até insuficiência cardíaca, o ocular com déficits até cegueira.³ Não há tratamento para a condição, sendo este focado na melhora da qualidade de vida de forma particular para cada paciente. O objetivo deste

relato é descrever o caso de uma doença hereditária rara, que se apresenta de forma clássica.

Descrição do caso. Paciente feminina, 34 anos, apresenta atraso no desenvolvimento cognitivo, traços autistas, adenoma sebepilepsia de difícil controle, obesidade e dispneia aos esforços. Caminha sem apoio e é capaz de comunicar-se com vocabulário reduzido. Faz acompanhamento desde a infância pela epilepsia e atraso no desenvolvimento cognitivo. Faz uso de 40 mg/dia de fluoxetina; 1mg de haloperidol pela noite; 0,5 mg de clonazepam pela noite e 1200mg/dia de carbamazepina para controle dos sintomas epiléticos e neurológicos. Ao exame físico apresenta-se sem lesões cutâneas. Em tomografia de tórax apresenta múltiplas imagens císticas de paredes finas e conteúdo homogêneo esparsas em parênquima pulmonar com medidas de no máximo 2,0 cm, compatíveis com linfangioleiomatose. Algumas lesões encontram-se próximas a superfície pleural justa-mediastinal. Em tomografia de abdômen contrastada apresenta rins de contornos levemente lobulados e com discreto aumento de suas dimensões, apresentando difusas imagens nodulares sólidas com atenuação predominantemente de gordura, esparsas no parênquima renal, as maiores com 2,0cm, provavelmente correspondendo a angioliipomas. Destaca-se no exame também a presença de uma imagem nodular ligeiramente exofítica na face lateral do terço inferior do rim direito com cerca de 1,7 cm e outra maior com características semelhantes na face lateral do rim esquerdo com cerca de 4,8cm, ambas as lesões foram realçadas pelo meio de contraste e possuem características indeterminadas, podendo corresponder a um angiomiolipoma com pouca gordura ou lesão expansiva de outra natureza. Em tomografia de crânio sem contraste foram encontrados vários nódulos subependimários localizados no sistema ventricular ao nível dos ventrículos laterais compatíveis com esclerose tuberosa. Foi encontrada ainda a presença de uma calcificação de 12x7mm no hemisfério cerebelar esquerdo.

Discussão. A esclerose tuberosa (ET) é uma facomatose autossômica dominante que acomete homens e mulheres de forma igual⁴ e que é diagnosticada na maioria dos pacientes até os 15 meses.⁴ Os mecanismos genéticos envolvidos no desenvolvimento da doença ainda não foram esclarecidos,¹ sabe-se que possui expressividade variável com taxas de 60 a 70% de mutação espontânea.² A ET é caracterizada clinicamente por uma tríade clássica composta por epilepsia, alterações no desenvolvimento cognitivo e angiobroma facial.¹ O diagnóstico definitivo da doença é feito a partir de critérios estabelecidos em 1992 e revisados em 2000 pelo Comitê Nacional da Associação de Esclerose Tuberosa dos Estados Unidos (NTSA - *National Tuberos Sclerosis Association*)³ que determina a afecção clínica quando são identifica-

TRABALHOS

dos no paciente dois critérios maiores ou um maior e dois menores; provável quando são identificados um maior e um menor e suspeito quando há um maior ou dois menores. São considerados critérios maiores de diagnóstico: adenoma sebáceo (angiofibroma facial), fibroma periungueal, mais de três manchas cutâneas acromicas, placa de Shagreen, hamartoma retiniano, angioliopoma renal, linfangiomiomatose, astrocitoma subependimário de células gigantes, rabdomioma cardíaco, túber cortical, nódulo subependimário; e menores: mancha hipocrômica no esmalte dentário, hamartomas retais (pólipos), cistos renais múltiplos, mancha acromica em retina, hamartoma não renal, cisto ósseo, linhas de migração radial na substância branca cerebral (mínimo de três linhas) e fibroma gengival.³ A paciente relatada no caso apresentava quatro critérios maiores (adenoma sebáceo facial, angioliopoma renal, linfangiomiomatose e nódulos subependimário), sendo portanto diagnosticada com Esclerose tuberosa. A doença apresenta importante acometimento sistêmico, sendo o órgão mais acometido a própria pele, encontrando-se lesões cutâneas em 60 a 70% dos casos.^{2,5} O comprometimento neurológico é também bastante prevalente e importante, sendo a epilepsia, os déficits cognitivos e os distúrbios de comportamento as manifestações clínicas mais encontradas,² decorrentes das lesões que surgem no sistema nervoso central provenientes das alterações celulares da doença. A esclerose tuberosa é uma síndrome sem cura. O tratamento para esta afecção é focado no controle sintomático e na melhora da qualidade de vida do paciente, como foi feito com a paciente do caso apresentado, que usava medicamentos para o controle dos sintomas. O conhecimento da tríade clássica da ET, para a correta suspeita clínica associada a exames complementares de imagem do encéfalo e conhecimento a respeito dos outros critérios para inclusão no diagnóstico de ET permitem um diagnóstico e abordagem terapêutica precoces, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e à família. Dessa forma, identifica-se a necessidade da abordagem do paciente por um clínico geral para o correto diagnóstico e posterior manejo sistêmico de sua condição, haja vista o comprometimento sistêmico evidenciado nos exames apresentados.

Referências.

1. Perez EG, Paranaíba LR, Bonan PR, Orsi Júnior JM, Oliveira AM de, Martelli Júnior H. Esclerose tuberosa: avaliação de miofibroblastos em angiofibromas cutâneos - Relato de caso 2010;85(1):84-88.
2. Borrelli BL de, Macedo MS, Serra AP, Cardoso RMP. Esclerose tuberosa: Relato de Caso 2001;10(2):100-103.
3. Maciel ACS, Cunall VCA. Esclerose tuberosa: relato de caso e revisão de literatura 2014;4(3):49-52.
4. Carbonera LA, Lajús JAS, Rodrigues CFA. Esclerose tuberosa –

Relato de Caso 2013;21(3):392-395.

5. Varella PO, Dutra LD, Serrazina SR, Balbino VD, Uttagawa CY. A importância dos sinais dermatológicos para o diagnóstico de Esclerose tuberosa: Relato de Caso 2010;13:33-37.

52. FRATURA DE OSSOS LONGOS NA GESTAÇÃO: UM SINAL DE ALERTA

Letícia Köhler Zago,¹ Bruna Pedrosa Pereira,¹ Carolina Toigo Fossatti,¹ Crisley Piva,¹ Débora Spasin,¹ Maura David,¹ Júlia Cardoso Brum,¹ Patrícia Micheli Tabile,¹ Adriana de Oliveira Martins,² Leandro Luís Assmann³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* leti_zago@hotmail.com

Introdução. O trauma na gestação é maior causa não obstétrica de morte materna no Brasil. Os principais tipos de trauma sofridos por gestantes incluem acidente automobilístico, violência doméstica e por arma de fogo. A conduta, frente a um caso de fratura na gestação, não difere da conduta usada para pacientes não gestantes, com uma única peculiaridade: se tratam de duas vidas a serem salvas. Dessa maneira, os cuidados elencados no ATLS têm importância ainda maior na função de prevenir o sofrimento fetal agudo, assim como a prevenção de complicações do trauma visa possibilitar um puerpério saudável para a mulher e a criança. O objetivo desse relato é apresentar o seguinte caso ocorrido no Hospital Santa Cruz e discutir a consequências de uma fratura de ossos longos na gestação, bem como a conduta da equipe frente a essa paciente.

Descrição do caso. V.T., 20 anos, primigesta, 36 semanas de gestação, é trazida ao Hospital Santa Cruz pelo SAMU no dia 10/07/2016, hemodinamicamente estável, por atropelamento que ocasionou fratura exposta de diáfise de tíbia e fíbula, grau III, com desenlramento da perna esquerda. Foi encaminhada para cirurgia com debridamento, redução e fixação da fratura com fixador externo biplantar. Após o procedimento, passou a receber enoxaparina, analgésicos, antibiótico endovenoso (ampicilina + sulbactam 6/6h) e teve saturação de O₂ oscilando entre 87% e 89%, sendo solicitada tomografia de tórax. Esse exame mostrou a presença de trombos na artéria pulmonar direita. Equipe, então, aumentou a dose de enoxaparina. Na avaliação obstétrica, apresentou pródromos de trabalho de parto, que iniciaram após procedimento traumatológico, além disso, a ultrassonografia obstétrica apresentou todas as

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

condições fetais dentro da normalidade. A equipe obstétrica optou por conduta expectante. No dia 11/07/16, evoluiu bem, sem queixas, aceitando alimentação, com pressão arterial de 140/80. No dia 12/07/16 foram realizados exames laboratoriais, que mostraram lactato desidrogenase alta (564 U/L) e relação proteína creatinina elevada (0,41 mg/dl), resultados sugestivos de pré-eclâmpsia. Os demais exames, bilirrubinas, TGO, TGP, ureia, hematócrito e plaquetas encontravam-se dentro da normalidade. Paciente permanecia em bom estado geral, porém com saturação de O₂ ainda baixa, passando a receber então O₂ suplementar. No dia 13/07/16, apresentou taquicardia, dispneia e queda da saturação de O₂, sinais e sintomas sugestivos de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Foi realizada angiotomografia que evidenciou TEP agudo. Equipe aumentou dose de enoxaparina, e pressão de O₂ por óculos nasal, reservou leito em UTI e realizou uma dose de corticóide. Durante o dia, apresentou pico hipertensivo de 160/110, sinal de pré-eclâmpsia grave, motivo pelo qual foi indicada a interrupção da gestação. Foi iniciada protamina 60mg e indicada cesárea após 12 horas da última dose desse anticoagulante. Além disso, a equipe obstétrica prescreveu monitorização anteparto e iniciou administração de sulfato de magnésio. Foi realizado parto cesáreo, no dia 14/07/2016, sem intercorrências, com perda sanguínea normal, e sem a necessidade de drogas vasoativas. No pós-operatório a paciente conseguiu ventilar com máscara de Venturi 50%, sem esforço. Encontrava-se conversando, lúcida, com sinais vitais estáveis, sem queixas e sem sinais de infecção. Logo após, foi transferida para a UTI, onde passou a receber heparina para tratamento do TEP, ainda recebendo antibiótico endovenoso. Aceitando dieta via oral e sem oxigênio suplementar. No dia 19/07/2016, apresentou dois picos hipertensivos, o primeiro as 6:30h de 160/100mmHg sendo administrado captopril de 25mg, e o segundo as 10h de 190/110mmHg sendo administrado clonidina. Foi mantido uso de captopril 25mg 8/8hr e suspenso heparina para possibilitar debridamento cirúrgico que foi realizado no dia seguinte e feito curativo com papaína 2%, ainda mantido fixador externo. Mantido tratamento com antibióticos, reiniciado o uso de heparina e realização de curativos com papaína 3 vezes ao dia. Após recuperação em UTI e acompanhamento obstétrico, e traumatológico, foi indicada alta hospitalar no dia 29/07/2016 com boa melhora do quadro clínico e boa evolução puerperal, com plano de continuar acompanhamento traumatológico via ambulatorial.

Discussão. Sabe-se que, mesmo com poucas pesquisas e relatos de caso em trauma na gestação, o manejo da gestante não deve diferir do tratamento padrão das vítimas segundo ATLS, visando estabilizar a paciente e prevenir possíveis complicações. A vida da mulher é prioridade em relação

à do feto, desse modo, após estabilização inicial da mãe, dedicar atenção à situação gestacional e à possibilidade de sofrimento fetal. A gestante do caso relatado não apresentava sinais de choque circulatório, e mantinha vias aéreas pervias, não sendo necessários transfusão e oxigenioterapia no início do tratamento. Em relação às possíveis complicações, entre as que necessitavam maior atenção está a osteomielite, nas fraturas expostas, o tromboembolismo pulmonar, devido à imobilização prolongada do membro inferior e a embolia gordurosa, devido ao extravasamento de medula óssea para os vasos sanguíneos. Para prevenção de osteomielite a paciente recebeu antibiótico endovenoso. Como a ela já apresentou sinais de tromboembolismo pulmonar no dia da fratura, saturação de O₂ baixa, a administração da enoxaparina foi terapêutica e não profilática, porém indica-se o uso de anticoagulante para profilaxia de trombose venosa profunda em pacientes imobilizados. A gestante do caso também evoluiu com pré-eclâmpsia grave, a qual se caracteriza por aumento da pressão arterial, com picos hipertensivos maiores ou iguais a 160/110, após 20 semanas, associado à proteinúria e alteração de exames de gravidade, patologia que indicou necessidade urgente de interrupção da gestação. Embora não existam pesquisas na literatura que associem a pré-eclâmpsia ao trauma, a evolução dos sintomas, nesse caso foi altamente sugestiva dessa associação. Em decorrência da gravidade da doença, vários tratamentos são usados a fim de controlá-la e diminuir a consequências para a gestante e para o feto. De acordo com a literatura, a principal droga usada nessa situação é o sulfato de magnésio, um anticonvulsivante, depressor do sistema nervoso central, que previne evolução para eclâmpsia. Essa droga está indicada para todos os casos de pré-eclâmpsia grave. Além disso, nas crises hipertensivas acima de 160/110, também deve ser usado tratamento anti-hipertensivo, como labetalol, hidralazina ou nifedipina. A antecipação do parto deve ser feita quando se ultrapassa 34 semanas de gestação, ou quando a gestante não responde a nenhum anti-hipertensivo. Se for necessária a interrupção da gestação antes de 38 semanas, está indicada a corticoterapia. Portanto, pode-se afirmar que a equipe procedeu corretamente em todas as situações a que a paciente foi exposta, e o sucesso do caso retifica a eficácia dos tratamentos utilizados e seu impacto na diminuição da mortalidade.

Referências.

1. Noronha Neto C, Souza ASR, Amorim MMR. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. Rev Bras Ginecol Obstet 2010;32(9):459-68.
2. Amorim MMR, Souza ASR. Prevenção da pré-eclâmpsia baseada em evidências. Femina 2009;37(1):47-52.
3. Fonseca MG, Marques BRM, Rocha ALF, Pereira MG. O

TRABALHOS

atendimento à gestante vítima de trauma. EFDeportes.com Revista Digital: Buenos Aires. 2013 Jun; 18(181). [acesso em 20 ago 2016]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd181/o-atendimento-a-gestante-vitima-de-trauma.htm>.

4. L. Ferreira dos Santos et al. Tromboembolismo pulmonar agudo na gravidez. A propósito de um caso clínico. Rev Port Cardiol 2012;31(5):389-394.
5. Terra-Filho M, Menna-Barreto SS e Colaboradores. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar. J Bras de Pneumologia. 2009. p 49-53.
6. Donken CCMA, Al-Khateeb H, Verhofstad MHJ, van Laarhoven CJHM. Surgical versus conservative interventions for treating ankle fractures in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD008470. doi: 10.1002/14651858.CD008470.pub2. [acesso em 17 ago 2016].

53. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Maura David,^{1*} Bruna Pedroso Pereira,¹ Carolina Toigo Fossatti,¹ Daniela Moraes,¹ Débora Spasin,¹ Júlia Cardoso Brum,¹ Letícia Köhler Zago,¹ Patrícia Micheli Tabile,¹ Priscilla Emmel Müller,² Leandro Luís Assmann³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* mau19937@gmail.com

Introdução. A eclâmpsia é caracterizada pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulheres com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, não relacionada com epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Trata-se de uma situação rara, ocorre em cerca de 1% das gestações e é mais frequente em condições socioeconômicas desfavoráveis. Sabidamente está associada a altos índices de morbimortalidade materna e fetal. Sua ocorrência é incomum antes da vigésima semana de gestação e pode ocorrer na gravidez, no parto ou no puerpério imediato. A prevenção é feita com assistência pré-natal na atenção primária, complementada pela atenção secundária aos grupos de risco. Na maioria dos casos a instalação da eclâmpsia ocorre de modo gradual, tem início com o aumento da pressão arterial, ganho de peso (mais de 1000g por semana), e, também, edema generalizado. Alguns sintomas, considerados sinais premonitórios, precedem a ocorrência da convulsão, sendo os mais comuns: cefaleia,

distúrbios visuais (escotomas ou borramento visual) e dor epigástrica. Em gestações mais avançadas, até que se identifique um diagnóstico diferencial, a ocorrência de convulsão deve ser considerada eclâmpsia. Devem ser considerados outros diagnósticos, como: acidente vascular cerebral, lesões do sistema nervoso central, encefalopatia hipertensiva, feocromocitoma, doenças metabólicas, meningite, encefalite, púrpura trombocitopênica trombótica. O relato tem como objetivo mostrar a importância do pré-natal adequado para evitar a instalação da eclâmpsia e o reconhecimento imediato dos sinais e sintomas dessa doença hipertensiva para instituição precoce do tratamento adequado.

Descrição do caso. F. S. R., 18 anos, negra, primigesta, idade gestacional 35 semanas, sorologias negativas. Paciente foi encaminhada ao Centro Obstétrico devido alteração na pressão arterial (PA) - uma aferição de 150-110mmHg - associada com escotomas e cervicálgia. Em seguida foi internada para controle rigoroso da PA e manejo do pico hipertensivo. Após internação, entrou em trabalho de parto prematuro (TPP), na sala de pré-parto apresentou três episódios de convulsão/eclâmpsia, realizado manejo em bomba de infusão com 4 gramas de sulfato de magnésio a 50% diluído em 100ml de SF 0,9%, intravenoso em 1 hora. Foram solicitados exames de gravidade com seguintes resultados: leucocitose (linfócitos 23.500, bastões 2%), desidrogenase láctica elevada (DHL 579), provas de coagulação, ácido úrico, plaquetas, função renal e função hepática normais. As contrações não diminuíram com a administração de sulfato de magnésio e o feto iniciou com bradicardia fora do período convulsivo, entrando em sofrimento fetal. Devido a isso a paciente foi encaminhada para cesariana de emergência, em seguida, durante a anestesia, apresentou mais dois episódios convulsivo/eclâmpsia, quando foi administrado diazepam. Na cesariana foi evidenciado descolamento de placenta. Útero hipotônico, colocados 5 comprimidos de misoprostol intravaginal, com melhora. Foram realizados 2 gramas de sulfato de magnésio por 24 horas em dose de manutenção. O recém-nascido apresentou APGAR 5/8. No pós-operatório paciente não apresentou episódios de convulsivos ou sinais premonitórios, mas internou 5 dias após a cesárea por picos hipertensivos, os quais foram manejados com anti-hipertensivos.

Discussão. Sabe-se que a eclâmpsia é considerada situação terminal da pré-eclâmpsia e possui alto risco de morte materna, por isso o diagnóstico precoce de doença hipertensiva específica da gestação é de suma importância. A hipertensão gestacional é confirmada diante de níveis de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, com duas aferições alteradas. Após a confirmação de hipertensão gestacional sempre deve ser excluído o diagnóstico de pré-eclâmpsia. A pré-eclâmpsia

TRABALHOS

caracteriza-se pela presença de hipertensão gestacional, após a 20ª semana de gestação, associada com proteinúria, ou, na ausência desta, a suspeita se fortalece, com presença de plaquetopenia, aumento de enzimas hepáticas, cefaleia, distúrbios visuais ou dor abdominal. O tratamento para eclâmpsia deve ser controlar as convulsões com o esquema de sulfato de magnésio e aguardar estabilização dos quadros convulsivos para realizar a cesariana, visando bem estar fetal e estabilização do quadro materno. As complicações maternas mais frequentes associadas à eclâmpsia são hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência respiratória ou renal e coagulopatias. No caso dessa paciente dois fatores de risco estavam presentes: primiparidade e etnia negra. Em relação ao manejo, a ansiedade obstétrica resultou em cesariana de emergência antes da ação completa do sulfato de magnésio, episódio convulsivo na sala de parto e necessidade de uso de outras medicações anti-convulsivantes provavelmente desnecessárias. Na análise final, entende-se que o acompanhamento pré-natal é indispensável para a detecção precoce desta patologia e para evitar a progressão para eclâmpsia. Episódios de eclâmpsia podem ser evitados com cuidado pré-natal adequado, orientação das pacientes em relação a controle da PA e sinais premonitórios e manejo adequado intra-hospitalar.

Referências.

1. Morais FM, et al. Uma revisão do perfil clínico epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. Revista EIXO, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 69-82, jan./jun. 2013.
2. Drummond RS, et al. Eclâmpsia - relato de caso. Revista Med, Minas Gerais, v. 20, n. 4, p.96-98, 2010.
3. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco – manual técnico. Brasília ed. 5ª, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>.
4. Piatto S. Complicações em Obstetrícia. Editora Manole Ltda, São Paulo, ed. 1ª, cap. 8, p. 169-189, 2009.
5. Zugaib M.; Zugaib Obstetrícia. Editora Manole Ltda, São Paulo, ed. 3ª, cap. 34, p. 632-665, 2016.
6. Moron AF, Camano L, Kulay LJ. Obstetrícia. Editora Manole Ltda, São Paulo, ed. 1ª, cap. 74, p. 951-971, 2011.
7. Urbanetz AA. Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o médico residente. Editora Manole, São Paulo, ed. 1ª, cap. 74, 2016.

54. IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO DE DELIRIUM EM PACIENTES POLITRAUMATIZADOS: RELATO DE CASO

Débora Benetti,^{1*} Alessandra Caren Frey,¹ Augusto Sari

Cassol,¹ Bruna Carla Boeira,¹ Daniel Carlos Fischer Filho,¹ Fernanda Brands,¹ Guilherme Backes,¹ Lawrence Hollenbach Pavão,¹ Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky²

¹Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*deborabenetti@hotmail.com

Introdução. O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica que cursa com disfunção cerebral aguda com alteração do estado de consciência transitória e flutuante. É comum nos pacientes internados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), no entanto, frequentemente é subdiagnosticado. Os fatores de risco para o delirium podem ser condições pré-existent, como idade avançada, doenças psiquiátricas e uso de álcool, e também condições agudas, entre elas o traumatismo cranioencefálico (TCE). O uso da sedação e analgesia são frequentes nos pacientes internados na UTI, assim, salienta-se a importância das Diretrizes de Sedação, Analgesia e Delirium, visto que a diminuição da sedação profunda reduz significativamente o surgimento de delirium. Para o diagnóstico do delirium é fundamental investigar, avaliar e identificar.

Descrição do caso. Para analisar a importância da investigação do delirium no politrauma, relatamos o caso de um paciente masculino, 50 anos, vítima de atropelamento por carroça com cinemática grave, apresentava TCE grave, fratura de arcos costais bilateralmente, hemopneumotórax bilateral e múltiplos hematomas pelo corpo. Após atendimento inicial e estabilização do quadro, o paciente realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio, tórax e abdome, não apresentando alterações, e internou na UTI, evoluindo com confusão mental e agitação psicomotora. Devido ao quadro grave do paciente, os sintomas de confusão mental apresentados poderiam ser decorrentes de edema cerebral e hipertensão intracraniana, que poderiam ser causados tanto pelo TCE grave quanto por uma síndrome da veia cava superior



Figura 1. Paciente apresentando múltiplos hematomas.

TRABALHOS

causada pelo intenso trauma torácico. Assim, procedeu-se a realização de uma TC de crânio para investigação do quadro. Com os resultados normais da TC de crânio, continuou-se a investigação que concluiu como diagnóstico delirium hiperativo de paciente internado em UTI.

Discussão. Necessitou-se de alto índice de suspeição para que o diagnóstico de delirium fosse realizado. É fundamental que a diferenciação e o diagnóstico correto sejam feitos, visto que o quadro de delirium altera o prognóstico, estando associado com aumento da permanência hospitalar, mortalidade de curto e longo prazo, prejuízo cognitivo e funcional, estresse e altos custos hospitalares. Para contribuir com o diagnóstico e assistência ao paciente, indica-se o uso de escalas como Confusional Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU) e Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC).

Referências.

1. Bryczkowski SB, Lopreiato MC, Yonclas PP, Sacca JJ, Mosenthal AC. Risk factors for delirium in older trauma patients admitted to the surgical intensive care unit. *J Trauma Acute Care Surg* 2014;77(6):944-51.
2. Élie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ* 2000;163:977-81.
3. Angles EM, Robinson TN, Biffi WL, Johnson J, Moss M, Tran ZV, Moore EE. Risk factors for delirium after major trauma. *Am J Surg* 2008;196:864-70.

55. INVASÃO VESICAL POR TECIDO PROSTÁTICO DE CRESCIMENTO NEOPLÁSICO: RELATO DE CASO

Diego Gehrke Pistoia,^{1*} Ana Luisa Machado Freitas,¹ Andrei Sanson Dias,¹ Augusto de Andrade Sehn,¹ Jorge Elias Dalferth de Oliveira,¹ Pedro Arthur Cantoni Cardoso,¹ Alexandre Xavier Hoppe,² Sandro Eduardo Laste,² Paulo Roberto Laste²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* diegopistoia.dp@gmail.com

Introdução. A manifestação extra-prostática do adenocarcinoma de próstata é um estado definido como a invasão do tecido adiposo e/ou do plexo neurovascular periprostático e que é dotado de um prognóstico bastante adverso no que tange o carcinoma de próstata. Normalmente é diagnosticado no momento da prostatectomia radical, sendo incomum haver a descoberta desta condição em outros métodos diagnósticos. Quando há a presença de invasão extracorpórea o estadia-

mento está em T3 o que confere doença localmente avançada. Dado a baixa frequência diagnóstica desta condição por meio da pesquisa ultrassonográfica este relato de caso vem elucidar a possibilidade do uso deste método diagnóstico para a confirmação de uma manifestação extra-prostática de um câncer de próstata.

Descrição do caso. J.E.F., masculino, 71 anos, procura atendimento em consultório de urologia para realização de exames de rotina para prevenção do câncer de próstata. Refere em entrevista médica queixa de desconforto em baixo ventre de início recente (<1 mês) sem outras particularidades. Ao exame físico, apresenta pênis e testículos sem alterações; Toque retal sem dor à palpação, de aproximadamente 45 gramas, com presença de área endurecida em zona central. Os exames laboratoriais de rotina para prevenção do câncer de próstata foram de PSA Total: 85,45ng/ml; PSA Livre: 14,65ng/ml; Relação PSAt/PSAl: 0,17. A conduta inicial foi de solicitação de biópsia de próstata guiada por ecografia transretal. No estudo ultrassonográfico da próstata foi evidenciada uma próstata aumentada de tamanho, de ecogenicidade difusamente heterogênea, especialmente à esquerda da linha média. Também observa-se extensão do lobo esquerdo e lobo mediano com invasão das paredes da bexiga e dos tecidos paraprostáticos à esquerda. A próstata mede 49 x 38 x 49 mm, com peso estimado de 50 gramas e perda de definição dos limites da próstata à esquerda. Também foi realizado estudo doppler da próstata sem ônus ao paciente ou ao convênio, onde se observa aumento na vascularização especialmente à esquerda da linha média. Realizou-se punção biópsia da próstata com retirada de 8 fragmentos de cada hemipróstata com aumento da resistência à penetração da agulha, nos fragmentos retirados à esquerda da linha média. Não houveram outras complicações durante ou após o procedimento. No momento, aguarda-se avaliação anatomopatológica para estadiamento.

Discussão. Sabe-se que o carcinoma de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum em homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. O carcinoma de próstata, quando localmente avançado apresentam prognóstico e sobrevida dos pacientes menos favoráveis quando comparados a doenças confinadas à próstata.¹ Atualmente, o antígeno prostático específico (PSA), estágio clínico e escore de Gleason são as principais variáveis de previsão para o desfecho patológico após a realização de cirurgia radical.¹ O escore de Gleason é um poderoso marcador de evolução da doença, visto que escores maiores estão relacionados a piores prognósticos da doença.² O volume do adenocarcinoma de próstata é um parâmetro objetivo, de fácil avaliação e importante na previsão da recidiva bioquímica no carcinoma bem diferenciado da próstata.³ O volume tumoral constitui uma informação ob-

TRABALHOS

jetiva e a qual independe da experiência do patologista.³ Radioterapia adjuvante é frequentemente recomendada quando o câncer de próstata está patologicamente avançado mesmo após a realização da prostatectomia radical.² Foi introduzida a radioterapia adjuvante na tentativa de obter melhores taxas de sobrevida em pacientes com câncer de próstata com maior risco de recidiva da doença.³ Na análise final se entende a relevância da discussão deste relato de caso à medida que o câncer de próstata representa o sexto tipo mais comum em valores absolutos no mundo. A partir da detecção no exame de rotina na prevenção do câncer de próstata que será possível identificar alterações prostáticas que podem ser relacionadas a esta doença. Cabe ao caso descrito mostrar a possibilidade da ocorrência de um tumor prostático que já parte de um estadiamento T3 por sua apresentação extraprostática no momento do seu diagnóstico associado a um quadro clínico pouco sugestivo de doença prostática.

Referências.

1. Valette, Thiago N., et al. "Probability of extraprostatic disease according to the percentage of positive biopsy cores in clinically localized prostate cancer." *International braz j urol* 41.3 (2015): 449-454.
2. Gupta, Ruta, et al. "Extraprostatic extension (EPE) of prostatic carcinoma: is its proximity to the surgical margin or Gleason score important?." *BJU international* 116.3 (2015): 343-350.
3. Leite, Katia RM, et al. "O padrão 4 de Gleason e o volume tumoral no prognóstico do carcinoma da próstata." *Rev Assoc Med Bras* 51.6 (2005): 329-33.
4. Kang, Yong Jin, et al. "Association of Anterior and Lateral Extraprostatic Extensions with Base-Positive Resection Margins in Prostate Cancer." *PloS one* 11.7 (2016): e0158922.
5. Verrill, Clare, et al. "Altered expression of epithelial-to-mesenchymal transition proteins in extraprostatic prostate cancer." *Oncotarget* 7.2 (2016): 1107.
6. Fadul, Luiza Cavalcanti, et al. "Assessment of the circumferential margins, extraprostatic extension and Gleason score in radical prostatectomy specimens: Comparison of a partial embedding method with supplemental total inclusion of peripheral tissues." *Pathology-Research and Practice* 212.3 (2016): 217-221.
7. Fleshner, Katherine, et al. "Clinical Findings and Treatment Outcomes in Patients with Extraprostatic Extension Identified on Prostate Biopsy." *The Journal of urology* (2016).
8. Taneja, Samir S. "Re: The Relationship between the Extent of Extraprostatic Extension and Survival following Radical Prostatectomy." *The Journal of urology* 193.6 (2015): 1982.
9. Varma, Murali, et al. "Morphologic criteria for the diagnosis of prostatic adenocarcinoma in needle biopsy specimens: a study of 250 consecutive cases in a routine surgical pathology

practice." *Archives of pathology & laboratory medicine* 126.5 (2002): 554-561.

56. MANEJO CIRÚRGICO DE ATONIA UTERINA REFRATÁRIA À TERAPÊUTICA CLÍNICA EM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL: UM RELATO DE CASO

Jean Carlo Flâmia,^{1*} Daniela Moraes,¹ Bruna Pedrosa Pereira,¹ Crisley Piva,¹ Débora Spasin,¹ Júlia Cardoso Brum,¹ Letícia Köhler Zago,¹ Maura David,¹ Gabriel Bruxel,² Leandro Luís Assmann³

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médico Residente em Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* jeancf@hotmail.com

Introdução. As alterações hemodinâmicas decorrentes de hemorragia, como por atonia uterina, são responsáveis por 30% dos óbitos maternos globais.¹ Algumas condições predisponentes são identificáveis ainda no pré-natal. São exemplos: a idade materna superior à 35 anos, obesidade, multiparidade, história prévia de hemorragia puerperal, descolamento prematuro de placenta e a hiperdistensão uterina por causas variadas (polidrâmnio, a gemelaridade, fetos macrossômicos e miomatose). Fatores relacionados ao trabalho de parto, como período expulsivo prolongado, uso indiscriminado de ocitocina e retirada manual da placenta também estão correlacionados a maior incidência dessa morbidade.² Devido a explícita gravidade por se tratar de uma emergência médica, o manejo da atonia uterina deve ser imediato, inicialmente com terapêuticas clínicas e quando essas são refratárias, a histerectomia puerperal passa a ser necessária.³ Diante desse contexto, segue um relato de caso sobre atonia uterina refratária ao manejo clínico.

Descrição do caso. A.D.M., 45 anos, G2P1, com 40 semanas e 5 dias de idade gestacional, pré-natal sem intercorrências, procurou o Centro Obstétrico por dor abdominal em baixo ventre constante há 4 horas e perda de líquido em grande quantidade há 2 horas de odor fétido. Ao exame físico apresentava dor à palpação de abdome inferior e bradicardia fetal sustentada (BCF: 68 bpm), dinâmica uterina presente e toque vaginal apresentando colo fino, com 4 cm de dilatação, apresentação cefálica e secreção esverdeada com odor fétido. Paciente submetida à cesárea de emergência por sofrimento fetal agudo apresentou, durante o procedimento, atonia

TRABALHOS

uterina refratária a ocitocina, metilergometrina e massagem uterina. Útero apresentou-se com esparsas áreas de sufusões hemorrágicas, sendo indicada histerectomia puerperal. No pós-operatório iniciou-se antibioticoterapia triplíce com Gentamicina + Metronidazol e Ampicilina, mantido por 72 horas, por suspeita de corioamnionite. A paciente apresentou boa evolução tendo alta com sintomáticos após 3 dias de internação.

Discussão. A atonia uterina relaciona-se ao sangramento pós-parto imediato e, devido à elevada morbimortalidade, é preconizada a profilaxia com 10 UI de ocitocina para todas as vias de parto. Conforme o protocolo vigente do MS deve ser, inicialmente, manejada com massagem uterina bimanual concomitante ao uso de ocitocina 40 UI. Na ausência de contraindicações para derivados do ergot, se persistência do sangramento uterino, procede-se com administração intramuscular de ergometrina ou de metilergonovina; caso haja sangramento refratário, a última medida medicamentosa cabível é uso de misoprostol via retal. Quando a terapêutica clínica é falha, a utilização de medidas cirúrgicas é necessária, como abordado no caso relatado. A histerectomia é a principal opção cirúrgica, apesar de ser um método agressivo, bastante efetiva e melhor indicada para pacientes com prole completa. A equipe médica deve estar preparada para o manejo dessa morbidade, mesmo na inexistência da combinação de condições predisponentes à atonia uterina, através do uso imediato de medidas cabíveis e uso das medicações disponíveis em cada serviço.

Referências.

1. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician* 2007;15(75):875-82.
2. Neme B. Fisiopatologia da dequitação. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. 3ª Ed. São Paulo: Sarvier 2005; p. 731-45.
3. Lombaard H, Pattinson RC. Common errors and remedies in managing postpartum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:82-7.
4. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e fetal. Avaliação e Manejo em Emergências Obstétricas. Brasília: Editora MS; 2009. [acesso em 4 set 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/avaliacao_manejo_obstetricias_hemorragia_pos_parto.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra: 2014. [acesso em 4 set 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf

57. NECROSE PULMONAR PÓS TRAUMA

Michel Cristian Grasel,^{1*} Carolina Meert Merten,¹ Cauana Fabricio Efel,¹ Julia Casani,¹ Luiz Fernando Maculan

Ferreira,¹ Luiz Inácio Roman,¹ Mônica Ribeiro de Campos,¹ Paola de Oliveira Abreu,¹ Victória Teles França,¹ Claus Dieter Dummer²

¹Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*michelcristian_07@hotmail.com

Introdução. As lesões torácicas implicam em um grau considerável de gravidade e, a cada quatro vítimas de trauma que morrem, pelo menos uma tem como causa de óbito alguma lesão no tórax. O empiema torácico define-se como a presença de pus na cavidade pleural e é uma possível complicação do trauma torácico, embora sua etiologia mais comum seja por pneumonia bacteriana. Não é necessário estudo bioquímico ou cultura positiva do líquido pleural para o seu diagnóstico. A videotoroscopia é utilizada como terapêutica quando a drenagem torácica com dreno é ineficaz, devido a acentuado espessamento da pleura e existência de líquido pleural organizado e multiloculado. A pneumonia necrosante é uma complicação rara, porém grave, de infecção pulmonar, na qual há trombose dos vasos pulmonares, gerando desvitalização e necrose do parênquima pulmonar responsável por elevada morbimortalidade⁶. O objetivo desse relato é obter maior conhecimento sobre os fatores precipitantes, história natural da doença e apresentação clínica da pneumonia necrosante e do empiema pleural, a fim de favorecer o diagnóstico precoce e sua consequente terapêutica, no cenário clínico do paciente politraumatizado.

Descrição do caso. Paciente masculino, 22 anos, admitido na emergência vítima de acidente de motocicleta, sinais vitais estáveis, escala de coma de glasgow 7, tórax sem lesões aparentes, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos sem ruídos adventícios. Foi necessário intubação, transferência para UTI e suporte ventilatório. No 2º dia de internação (DI) foi extubado apresentou febre. Raio X de tórax normal e culturas negativas. No 4º DI recebeu alta clínica. Após 3 meses paciente reinterna apresentando febre, edema em porção anterior do hemitórax direito, tosse e dispnéia intensos. Refere que após o trauma de motocicleta apresentou dispnéia progressiva necessitando consulta no Pronto Atendimento. Realizado exames de laboratório, dentre eles hemocultura, que foi negativa. Raio X mostrou derrame pleural à direita. Iniciado Amoxicilina-clavulanato 1g 8/8h IV e Azitromicina 500mg 1x/d VO. No 4º DI foi realizado videopleuroscopia com decorticação pulmonar, evidenciando derrame pleural loculado, secreção sero-purulenta, fibrina e porção do lobo inferior direito necrótica com drenagem de secreção purulenta. Instalado dreno de aspiração contínua. No 5º DI manteve-se afebril, com

TRABALHOS

redução tosse e dispnéia, presença de enfisema subcutâneo em hemitórax direito anterior, murmúrios vesiculares diminuídos em 1/3 de hemitórax direito e saturação 98% com O₂ por CN. Foi diagnóstica do pneumonia complicada, com presença de empiema pelos critérios de Light. No 12º DI seguiu com melhora progressiva tosse e dispnéia, redução do enfisema subcutâneo, raio X com melhora da expansão pulmonar e diminuição da secreção drenada. No 16º DI retirado O₂ complementar. Recebeu alta com dreno de tórax. Realizada revisão no 30º dia pós trauma. O raio X boa mostrou boa expansão pulmonar, sem derrame pleural, mas com espessamento pleural. Foi retirado dreno. Mantendo-se o paciente assintomático.

Discussão. O empiema pleural é uma coleção líquida purulenta na cavidade pleural, tendo sua origem secundária a pneumonia bacteriana (55% dos casos), cirurgia torácica (20%) e trauma (4%)¹ Está quase sempre associado a formações de septos (derrame lobulado) e fibrose pleural (encarceramento pulmonar). Em pacientes da comunidade, normalmente apresentam em culturas e testes de gram, quando positivos, infecção polimicrobiana, especialmente por *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e anaeróbios.² O paciente costuma ter queda do estado geral, dispnéia, dor torácica, febre persistente, sudorese noturna, calafrios, leucocitose com desvio a esquerda refrataria à antibioticoterapia e sinais semiológicos (macicez a percussão, murmúrios vesiculares diminuídos).¹ O diagnóstico é feito através de toracocentese diagnóstica revelando aspecto purulento do líquido pleural e a realização de ultrassonografia (menor acurácia) e/ou tomografia computadorizada de tórax é mandatória à procura de septações ou fibrose pleural. O tratamento é feito com antibiótico, com espectro de ação anaerobicida e para gram positivos, p. ex. amoxicilina-clavulanato ou combinação de ceftriaxona + metronidazol; e drenagem de coleção livre por toracostomia fechada em selo d'água ou no caso de coleção multilobulada pode-se realizar videotoracoscopia ou uso de estreptoquinase intrapleural para lise das aderências, outra opção é toracotomia, a qual pode-se realizar decorticação das áreas de fibrose pleural. No caso acima, o paciente ficou com lesões pulmonares pós trauma, as quais não foram vistas pelo médico assistente, recebendo alta sem o manejo adequado das lesões. Essas lesões infectaram causando uma pneumonia necrosante com posterior aparecimento de empiema pleural septado com encarceramento pulmonar. A conduta tomada foi de videotoracoscopia com decorticação e antibioticoterapia, com melhora do quadro clínico e dos exames laboratoriais. Assim, o empiema pleural é uma das complicações mais comuns da pneumonias bacterianas, possuindo evolução arrastada e insidiosa, dificultando seu diagnóstico. Portanto, deve-se suspeitar desta complicação quando não ocorrer

melhora clínica ou surgir a presença de sinais compatíveis com esta complicação.

Referências.

1. Light RW. Parapneumonic effusions and empyema. ProcAmThorac Soc 2006;3(1):75-80.2.
2. Mori ND, Zamboni V. Traumatismos torácicos. In: Martins, HS et al. Atualização em emergências médicas. São Paulo: Manole; 2009.
3. MARCHI, E; LUNDGREN, F; MUSSI, R. Derrame pleural parapneumônico e empiema. J. bras. pneumol 2006;32(Supl 4):190-196.
4. SANTOS, José Wellington Alves dos et al. Pneumonia estafilocócica adquirida na comunidade. J. bras. pneumol 2008;34(9):683-689.
5. Rita MONTEIRO et al. Abscesso pulmonar e empiema torácico. Acta Med Port 2011;24(Supl 2):229-240.
6. Westphal FL, Lima LC, Ferreira CA, Carvalho MA. Tratamento cirúrgico de pneumonia necrosante: análise de quatro casos. J Bras Pneumol 2000;26(1):1-4

58. RELATO DE CASO: QUILOTÓRAX EM GEMELARES CONCEBIDOS POR INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL

Gabson Araújo Aragonez,¹ Angélica Van Der Laan Mendonça,¹ Jaqueline Kniphoff dos Santos,¹ Juliana Cechinato Zanotto,¹ Angélica Cristine Feil,¹ Paola de Oliveira Abreu,¹ Mariana Grossi,¹ Letícia Schneider Selbach,¹ Márcio Abelha Martins,² Tatiana Kurtz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* gabson_aragonez@hotmail.com

Introdução. O quilotórax é definido pelo acúmulo de fluido linfático de origem intestinal, no espaço pleural. Este fluido apresenta elevado teor de triglicerídeos, conferindo-lhe aspecto turvo ou leitoso, assim como apresenta quilomícrons na sua composição, além de predominância linfocítica em culturas estéreis. O quilotórax congênito ocorre em cerca de 1:10.000-15.000 gestações, com distribuição maior no sexo masculino e apresentação rara em crianças prematuras. Representa a maioria dos derrames pleurais intraútero e pós-natal, embora seja uma etiologia rara de quilotórax. Em sua grande maioria, a causa não pode ser determinada, porém nos casos de neonato concebido por inseminação artificial, é possível relacionar com a maior incidência de anomalias congênitas sugerindo defeitos de formação do ducto torácico como atresia e múltiplas dilatações, bem como fístulas entre o ducto

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

torácico e o espaço pleural, linfangiectasia e linfangiomatose, sendo que tais máis-formações linfáticas têm sido associadas a outras múltiplas. Ocorre frequentemente em associação com malformações múltiplas, como Síndrome de Turner, mosaicismo do cromossomo sexual e malformações cardíacas. O diagnóstico precoce e a tomada de condutas adequadas têm impacto positivo sobre a sobrevivência destes pacientes, embora a mortalidade ainda seja alta atualmente, situando-se entre 20 e 50% dos casos devido ao acometimento respiratório, nutricional e imunológico dos indivíduos.

Descrição do caso. RN feminina, gemelar I, capurro 29 semanas, apresentou doença da membrana hialina, evoluindo para ventilação mecânica e recebendo 2 doses de surfactante. Na evolução apresentou Persistência do canal arterial fazendo uso de indometacina, com boa resposta. Aos 13 dias de vida apresentou quilotórax bilateral, sendo mais volumoso à direita, sendo realizada drenagem em selo d'água por 33 dias, com boa evolução do quadro. Para evitar a possibilidade de refazer o quilotórax recebeu leite hidrolisado protéico e triglicérides de cadeia média até 6ª semana de vida. Observada fratura de úmero esquerdo nos exames de imagem, com resolução espontânea, porém constatada doença mineral óssea sendo utilizado fosfato tricálcico. RN feminina, gemelar II, capurro 29 semanas apresentou desconforto respiratório. Aos 30 dias de vida apresentou quilotórax bilateral, mais volumoso à direita, submetida à drenagem em selo d'água por 34 dias. Na evolução apresentou cultura de urina positivo para fungo gerando quadro de insuficiência renal aguda com oligoanúria e anasarca, iniciada diálise. Evoluiu com piora clínica apresentando instabilidade hemodinâmica, alteração de coagulograma, ambos tratados. Constatada presença de hérnias inguinais bilaterais redutíveis, hemorragia subependimária e osteogênese imperfeita. Na quinta semana de tratamento, apesar da redução gradual do quilotórax, a IRA não apresentou resolução. No 38º dia de vida a paciente apresentou quadro de bradicardia, sem resposta às manobras de reanimação, evoluindo ao óbito.

Discussão. O quilotórax ocorre em 1:10.000-15.000 recém-nascidos vivos, mesmo sendo condição rara constitui a principal causa de derrame pleural no feto e neonato, sendo duas vezes mais frequente no sexo masculino e mortalidade variando entre 20% e 50%. Em sua grande maioria, a causa não pode ser determinada, porém nos casos de neonato concebido por inseminação artificial, é possível relacionar com a maior incidência de anomalias congênitas sugerindo defeitos de formação do ducto torácico como atresia e múltiplas dilatações, bem como fístulas entre o ducto torácico e o espaço pleural, linfangiectasia e linfangiomatose, sendo que tais máis-formações linfáticas têm sido associadas a outras múltiplas. Alguns estudos apresentam aumento de

3,6% para malformações cardíacas em crianças concebidas por técnicas de reprodução assistida, fator contribuinte para maior complexidade do caso. A principal manifestação clínica de um neonato com quilotórax é o desconforto respiratório, apresentando-se com taquipneia, tiragem subcostal e cianose. O derrame pleural é unilateral em 78% dos casos, destes 67% ocorrem no hemitórax direito e 33% no hemitórax esquerdo, logo o caso relatado não é a apresentação habitual. O diagnóstico é realizado por meio da análise do líquido pleural obtido por toracocentese. O líquido apresenta aspecto leitoso, com predomínio de triglicérides e linfócitos em sua composição, sendo o diagnóstico de certeza a contagem de células > 1000u/l, linfócitos > 70% e triglicérides > 110 mg/dl com a introdução de alimentação enteral, além de eletrólitos semelhantes ao plasma. Não existem achados radiológicos específicos que diferenciem o quilotórax de outros tipos de derrame pleural. O tratamento é conservador na maioria dos casos, sendo realizado toracocentese e drenagem contínua em selo d'água e suporte ventilatório, além de suporte nutricional com nutrição parenteral e controle das perdas hídricas. Outra medida adotada, é a administração de fórmulas com altas concentrações de triglicérides de cadeia média. Nos casos em que a saída de líquido do dreno torácico persiste por mais de uma semana, o recém-nascido deve permanecer com dieta parenteral exclusiva e se não apresentar diminuição do débito do dreno em um período de 10 dias, recomenda-se iniciar o tratamento com octreotida. Se houver resposta, a medicação é mantida por 7 a 10 dias, com redução gradativa semanalmente. Se o débito voltar a aumentar, a droga é retornada até uma semana de tratamento adicional. Em cerca de 80% dos casos, o tratamento clínico é eficaz, porém nos casos em que não há melhora, indica-se intervenção cirúrgica. O prognóstico, em geral, é bom, porém quando associado a anomalias congênitas, malformações ou hidropsia fetal, passa a ser sombrio.

Referências.

1. Fanaroff AA, Martin RJ, Walsh MC. Fanaroff and Martin's Neonatal-perinatal medicine. 9. ed. Saint Louis: Elsevier Mosby; 2010.
2. Menschhein CL, et al. Quilotórax congênito. Rev AMRIGS 2010;54(3):325-328.
3. Sarquis AL, et al. Congenital Chylothorax. Pediatría (São Paulo) 2000;22(3):246-250.
4. Rocha G, Mimoso G, Macedo I, Guimarães H. Quilotórax no feto e no recém-nascido. Estado da arte. Acta Pediatr Port 2006;37(2):69-72.
5. Setti Paolo Emanuele Levi, et al. Obstetric outcome and incidence of congenital anomalies in 2351 IVF/ICSI babies 2016;33(6):711-717.
6. Fedder J., et al. Neonatal outcome and congenital malformations

TRABALHOS

in children born after ICSI with testicular or epididymal sperm: a controlled national cohort study. *Human reproduction* 2012;28(1):230-240.

59. RESIDÊNCIA DO IDOSO: A RELAÇÃO DO ESTADO MENTAL COM O AMBIENTE EM QUE VIVE

Ana Paula Quadros Bolzan,^{1*} Monique Zambra Messerschmidt,¹ Andressa Wendland,¹ Larissa Lenz Kniphoff da Cruz,¹ Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa,¹ Valdir Borges Dutra Junior,¹ Camila Nunes Venâncio Pasetto,¹ Melissa Agostini Lampert²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* anapaulabolzan@yahoo.com.br

Introdução. A saúde mental consiste no estado psíquico em que o paciente se encontra, estando interligada às relações pessoais, fisiológicas e ao meio ao qual está inserido. Os distúrbios no contexto de saúde mental podem interferir na autonomia do paciente, à medida que podem comprometer sua capacidade cognitiva e, conseqüentemente, sua capacidade funcional, gerando dificuldades na execução de atividades de vida diária, com maior necessidade de cuidados, dependência de auxílio de outras pessoas e adaptação ambiental. Aspectos relacionados à senescência, possibilidade ou não de suporte familiar e definição criteriosa da necessidade de cuidados, fazem parte da avaliação necessária para que um idoso permaneça em seu domicílio sem risco. Assim, a saúde mental, avaliada a partir de testes cognitivos (utilização de Mini Exame do Estado Mental – MEEM e teste do relógio, por exemplo) e detecção de alterações do humor (a partir de instrumentos como Escala de Depressão Geriátrica 15 – EDG15), deve estar presente para que a saúde do indivíduo seja vista como um todo, considerando completo bem-estar físico, mental e social. O presente estudo tem como objetivo relacionar a evolução da saúde mental de um idoso com o ambiente em que está inserido, a partir de análise de prontuário do Serviço Integrado de Saúde (SIS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e, dessa maneira, compreender a importância que o meio exerce sobre a saúde, a fim de orientar cuidadores e/ou familiares, diante das particularidades e necessidades de cada idoso, na escolha do ambiente e acompanhamento ideal frente à necessidade de cuidados, minimizando riscos.

Descrição do caso. A paciente de sexo feminino, 83 anos, divorciada, possuindo 6 anos de escolaridade, aposentada, inicia seu acompanhamento no SIS em outubro de 2011. Como

patologias progressivas, teve carcinoma mamário em 2006, com realização de mastectomia e radioterapia, além de apresentar hipotireoidismo e hipertensão. Nesse período, residia sozinha em uma casa alugada há três anos e tinha acompanhamento familiar contínuo. Em novembro de 2011, devido constatação de prostração, associada a hiponatremia e início do quadro de depressão, foi encaminhada para uma instituição asilar. Em março de 2012, ainda na instituição, mantinha quadro de depressão (EDG15 de 12 pontos, com 5 ou mais pontos sendo indicativo de humor deprimido). Após um ano de acompanhamento, apresenta EDG15 de 1 ponto, MEEM de 28 (valor máximo 30, normal acima de 27 pontos para pacientes com mais de 8 anos de escolaridade e 18 para analfabetos), e teste do relógio no valor de 4, voltando a residir com familiar. Em maio de 2015, a paciente opta por residir sozinha e os testes são refeitos, tendo como resultados do MEEM, teste do relógio e EDG com os seguintes valores, respectivamente: 26,1 e 1, recebendo recomendações quanto à necessidade de familiar manter monitoramento. Em maio de 2016, a paciente relatou não morar mais sozinha, apresentando MEEM, teste do relógio no valor de 4 e EDG15 de 3. Assim, observa-se que oscilações nos valores dos testes acompanharam a escolha de ambiente de cuidado da paciente.

Discussão. Neste estudo, relacionou-se a evolução clínica da paciente com sua saúde mental e relação como o meio. A paciente demonstra, segundo informações do seu prontuário, que a saúde mental pode ser influenciada pelo meio no qual convive, visto que se observa melhora cognitiva e de humor à medida que recebe maior suporte de cuidado na instituição asilar, com conseqüente recuperação da autonomia e desejo da idosa morar sozinha. No entanto, sua capacidade cognitiva decresce consideravelmente a partir do momento em que a idosa volta a residir sozinha, provavelmente por influência de um monitoramento inadequado, falta de adesão aos medicamentos e/ou tratamento correto. Nesse contexto, desenvolve sintomas de depressão, com piora cognitiva e conseqüentemente, comprometimento de autonomia. Com a retomada do cuidado mais próximo, com envolvimento do familiar, associado à mudança ambiental, com medicamentos sendo administrados corretamente, seus testes voltam a apresentar bons resultados, de maneira surpreendente. Assim, retoma sua autonomia e poder de decisão, ou seja, tem garantida sua saúde, bem-estar e qualidade de vida, comprovando essa correlação. Dessa forma, a partir desse estudo de caso clínico, se conseguiu demonstrar a relação direta que o meio apresenta sobre a saúde mental do idoso e sua autonomia. Também pôde-se ressaltar a importância de que o apoio prestado por profissionais aos idosos e familiares, em relação à tomada de decisão quanto à necessidade de cuidados e ambiente ideal, seja qualificado para minimizar riscos e fomentar qualidade de

TRABALHOS

vida dos envolvidos.

Referências.

1. Moraes, E.N.; Marino, M.C.A.; Santos, R.R. Principais Síndromes Geriátricas. Ver Med Minas Gerais 2010;20(1):54-66

60. SCHWANNOMA: UM RELATO DE CASO

Roger Vinnícius Capelett Zarichta,^{1*} Vanessa Caramori Rodrigues,¹ Ludimila Müller,¹ Julia Cardoso Brum,¹ Guilherme Reghelin Goulart,¹ Gustavo Biondo,¹ Matheus Filipe Haeser,¹ Guilherme Scheibler,¹ Susana Fabíola Mueller,² Dennis Baroni Cruz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* roger7_zari@hotmail.com

Introdução. Schwannomas são tumores benignos oriundos das células de Schwann de raízes nervosas cranianas e espinhais.⁶ As localizações mais prevalentes dessa proliferação são as regiões cranianas e cervicais.⁷ Apresentam, em geral, crescimento lento e sua variante mais comum, chegando a representar até 9% dos tumores cerebrais primários, é denominada *neuroma do acústico* ou *schwannoma vestibular*, em detrimento de sua origem a partir da ramificação vestibular do oitavo nervo craniano.⁶ Macroscopicamente, são bem delimitados e, normalmente, de cor amarelada ou acinzentada. Microscopicamente, são encapsulados mostrando dois padrões histológicos distintos: *Antoni A*, com células alongadas, compactamente arranjadas em fascículos com presença de áreas anucleadas denominadas corpos de Verocay, e *Antoni B*, com células menos densamente arranjadas, prolongamentos não orientados e alterações microcísticas. A presença de Facomatoses, como Neurofibromatose tipo 1 (NF1) e Neurofibromatose tipo 2 (NF2), está associada com a incidência de schwannomas, sendo que a NF1 se mostra mais relacionada aos tumores de raízes de nervos espinhais e a NF2 aos tumores vestibulares.⁶ A clínica está associada com o local de crescimento do tumor e o pico de incidência se evidencia entre a terceira e sexta décadas de vida.⁸

Descrição de caso. I.C.D., 65 anos, sexo masculino, branco, aposentado, procura atendimento médico em decorrência do aparecimento de abaulamento em região dorsal de mão esquerda. Relata que a lesão possui crescimento gradual. Ao exame físico local, apresenta nódulo subcutâneo firme, em quinto quirodáctilo de membro superior esquerdo, imóvel, com evidência de dor a palpação e ausência de sinais inflamatórios ou ulceração. A hipótese diagnóstica inicial foi Cisto Sinovial, para a qual foi solicitada ecografia visando confirmação do diagnóstico. O exame solicitado refutou a hipótese inicial. Em

decorrência da sintomatologia apresentada pelo paciente, a exérese cirúrgica da lesão foi a opção para o tratamento. A exérese foi realizada e a lesão encaminhada para avaliação anatomopatológica. O anatomopatológico mostrou células características do tumor benigno schwannoma, com padrão mixoide. O paciente não apresentou recorrência da lesão ou qualquer tipo de morbidade pós-cirúrgica em avaliação posterior, sendo considerado curado.

Discussão. Sabe-se que os schwannomas são proliferações benignas que acometem as raízes nervosas cranianas e espinhais. A apresentação desses tumores em região distal de membros superiores não se mostra prevalente, porém na literatura existem relatos de caso de tumores na região palmar de mãos, associados com a inervação mediana, e, mais raramente, na região dorsal de mãos, associados com a inervação interdigital.^{1,2} Na avaliação do caso, a idade apresentada pelo paciente se enquadra na idade de maior incidência do tumor. Todavia, há elevado número de diagnósticos tardios dessas lesões, quesito relacionado, provavelmente, com o lento crescimento dessas tumorações.⁸ Por vezes, esses tumores podem simular cistos, fator que dificulta o diagnóstico.⁴ Quando afetam inervação periférica apresentam clínica relacionada com a raiz afetada, podendo originar sinais e sintomas como: dor local e irradiada, parestesia, parêstesia.⁸ Então, é possível verificar que a clínica do relato de caso condiz com apresentações prévias de casos existentes na literatura.^{4,9} Com relação ao anatomopatológico, a existência de padrões celulares *Antoni A* e *Antoni B* em uma mesma lesão configuram schwannoma de padrão mixoide. O tratamento da lesão pode ser conservador ou cirúrgico.⁹ Ademais, evidencia-se prudente a associar Facomatoses na presença de diagnóstico de schwannoma devido à relação entre NF1 e NF2 com o seu desenvolvimento. O prognóstico depende do local da proliferação, tamanho, estruturas adjacentes, habilidade cirúrgica, entre outros, mostrando-se muito variável. Além disso, essa apresentação não prevalente do tumor encoraja médicos e cirurgiões especialistas em mãos a pensar em schwannoma como diagnóstico diferencial para lesões proliferativas em mãos.⁴

Referências.

1. Kilic A, Cinar C, Arslan H, et al. Re: a benign schwannoma of the digital nerve distal to the proximal interphalangeal joint. J Hand Surg Eur 2008(33):212-213.
2. Rockwell GM, Thoma A, Salama S. Schwannoma of the hand and wrist. Plast Reconstr Surg 2003;111:1227-1232.
3. Adani R, Baccarani A, Guidi E, et al. Schwannomas of the upper extremity: diagnosis and treatment. Chir Organi Mov 2008; 92:85-88.
4. Dwyer CL, Creager AJ, Lubahn JD. An unusual presentation of a digital schwannoma: case report. Hand 2015;10(2):301-304.

TRABALHOS

- Mélega JM, Viterbo F, Mendes FH. Cirurgia plástica: os princípios e a atualidade. Rio de Janeiro: GEN, 2011. 1300 p.
- Longo DL. et al. Medicina interna de Harrison. 18.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 2 v.
- Ozdemir O, Ozsoy MH, Kurt C, et al. Schwannomas of the hand and wrist: long-term results and review of the literature. J Orthop Surg 2005;13:267-272.
- Praveen SP, Shankaregowda VS, Shriram DK. Median nerve schwannoma: A case and review of literature. Asian J Neurosurg 2015;10(3):212-215.
- Payne WT, Merrell G. Benign bony and soft tissue tumors of the hand. J Hand Surg [Am] 2010;35:1901-1910.

61. SÍNDROME DE VACTERL: RELATO DE CASO

Angélica Cristine Feil,¹ Marina Fernandes Bianchi,^{1*} Mariana Grossi,¹ Paola de Oliveira Abreu,¹ Letícia Schneider Selbach,¹ Juliana Cechinato Zanotto,¹ Angélica Van Der Laan Mendonça,¹ Gabson Araújo Aragonez,¹ Márcio Abelha Martins,² Tatiana Kurtz²

¹Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

* marinafbianchi@gmail.com

Introdução. A Síndrome de VACTERL consiste na associação de pelo menos três das anomalias congênitas a seguir: malformações vertebrais, atresia anal, anomalias cardiovasculares, fístula traqueoesofágica, atresia esofágica, malformações renais e displasia dos membros. Sua denominação resulta de um acrônimo das malformações citadas. Sabe-se que essa síndrome ocorre mais frequentemente no sexo masculino e estima-se que ela ocorra em cada 1/10.000 a 1/40.000 nascidos vivos. Sua etiologia ainda não é clara, principalmente por sua grande variabilidade clínica. Em relação ao diagnóstico diferencial devemos atentar para síndromes como: Baller-Gerold, de CHARGE, de Currarino, da deleção 22q11. 2, Anemia de Fanconi, de Feingold, Fryns, associação MURCS, óculo-aurículo-vertebral, OpitzG/BBB, PallisterHall e Townes-Brocks. O manejo da Síndrome de VACTERL deve ser realizado em dois estágios. No primeiro, devem ser tratadas todas as manifestações que são incompatíveis com a vida (malformações cardíacas, ânus imperfurado, fístula traqueoesofágica), sendo realizadas cirurgias no período neonatal conforme as circunstâncias permitirem. No segundo, devem ser abordadas as malformações que poderão resultar em sequelas para o desenvolvimento (malformações vertebrais, por exemplo). Apesar da alta morbidade, essa síndrome não causa déficits neurocognitivos. Devido à vasta clínica dessa

Síndrome e sua incidência, o estudo tem como objetivo relatar dois casos clínicos que ocorreram em um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul.

Descrição dos casos. *Caso clínico 1:* IYVH, sexo feminino, nascida de parto cesáreo, a termo, ocorrência de polidrômio na gestação, APGAR 9/10, pesando 2.795 g, medindo 47 cm. Logo após o nascimento, apresentou impossibilidade de progressão da sonda orogástrica, ânus imperfurado e saída de mecônio pela vagina, sendo encaminhada para a UTI neonatal e avaliação de cirurgião pediátrico. Realizou radiografia de abdome, evidenciando sinal da dupla bolha e radiografia contrastada de esôfago, sem progressão do conteúdo. Em ecocardiografia observou-se comunicação interatrial tipo ostium secundum, persistência do canal arterial, sobrecarga de câmaras direitas e regurgitação tricúspide de grau mínimo. Em ecografia abdominal total, o rim direito não foi identificado. Assim, diagnosticou-se atresia de esôfago tipo C (proximal com fístula distal), atresia duodenal, anomalia anorretal alta, anomalias cardiovasculares e agenesia renal unilateral. Sendo submetida à correção de atresia de esôfago primária com ligadura de fístula traqueoesofágica distal, correção de atresia de duodeno com duodenoduodenoanastomose Diamond Shaped e colostomia em duas bocas, alta com fístula retovaginal. Apresentou boa evolução no pós-operatório, com alta ao seu domicílio e acompanhamento periódico.

Caso clínico 2: JGR, sexo masculino, nascido de parto vaginal, à termo, pequeno para a idade gestacional, pesando 1900 g. Logo ao nascimento visualizada imperfuração anal, sendo submetido a colostomia. Em ecocardiografia diagnosticou-se Tetralogia de Fallot. Em ecodoppler de aparelho urinário visualizou-se rim direito localizado em fossa ilíaca direita, medindo 2,2 cm no maior eixo, com aspecto dismórfico, aumento de ecogenicidade, perda da diferenciação corticomedular e com algumas calcificações, fluxo intra-renal reduzido com artérias intra-renais apresentando alto índice de resistência; rim esquerdo não visualizado. Em radiografia de membros, apresentava agenesia de rádio bilateral, acentuado grau de curvatura da ulna e apenas 4 metacarpos em ambas as mãos. Em radiografia de bacia, luxação coxofemoral bilateral. Testículo esquerdo não identificado em ecografia. Realizou ecodopplercardiograma no pós-operatório de correção cirúrgica da Tetralogia de Fallot, apresentando adequado resultado cirúrgico, com pequena comunicação interventricular residual. Paciente encontra-se clinicamente estável.

Discussão. Em decorrência da alta variabilidade clínica e de ser extremamente rara a ocorrência da associação de VACTERL, poucos estudos a respeito da síndrome são encontrados e sua etiologia permanece incerta. Diversos autores têm preferência pela denominação "associação" em detrimento de "síndrome" devido à ausência de características comuns entre

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

os quadros, sendo, na verdade, um conjunto de critérios que podem ser encontrados nos indivíduos que se enquadram na definição. Nos casos apresentados, a avaliação dos pacientes foi realizada no período neonatal, e o diagnóstico precoce de malformações se revela essencial para reduzir as possíveis intercorrências associadas às anomalias. O manejo de pacientes com VACTERL normalmente se dá em torno de correção cirúrgica das anomalias congênitas específicas. Primeiramente, são tratadas as condições incompatíveis com a vida, como severas malformações cardíacas, atresia anal e fístula traqueoesofágica. Estas alterações são tratadas cirurgicamente no período imediato ao nascimento ou assim que as circunstâncias permitirem. No primeiro caso clínico relatado verificou-se a necessidade de correção cirúrgica da atresia de esôfago e duodeno, e correção de fístula traqueoesofágica no período neonatal, configurando-se na conduta correta em torno da situação apresentada. O sucesso na correção cirúrgica pode gerar um bom prognóstico para os pacientes com a associação, porém alguns pacientes permanecem afetados pelas malformações congênitas, desenvolvendo sequelas à longo prazo. As anormalidades vertebrais podem ser responsáveis por escoliose progressiva e osteoartrite; atresia anal pode levar a incontinência, constipação e disfunção sexual; malformações cardíacas estão relacionadas a comprometimento da função cardíaca e disritmias. Demais anormalidades re-

latadas nos casos clínicos, que não necessitam de tratamento cirúrgico imediato, demandam tratamento diferenciado e acompanhamento contínuo da evolução do caso. Os casos relatados e as literaturas analisadas evidenciam a complexidade da síndrome e reforçam a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado e contínuo. Portanto, é essencial que os profissionais, ao identificarem malformações, investiguem outras anomalias ocultas associadas e encaminhem para especialistas com o intuito de obter prognósticos mais favoráveis, menor mortalidade e maior sobrevida.

Referências.

1. Solomon BD. VACTERL/VATER Association. *Orphanet J Rare Dis* 2011;6:56.
2. Solomon BD, Pineda-Alvarez DE, Raam MS, Bous SM, Keaton AA, Vélez JI et al. Analysis of component findings in 79 patients diagnosed with VACTERL association. *Am J Med Genet A* 2010; 152A:2236-2244.
3. Perini LD, Salm L, Lobe MCS. Deficiência de Hormônio de Crescimento em um paciente com Síndrome de VACTERL. *Revista da AMRIGS* 2015;59(2):124-126.
4. Awad K, Lall A. It's not All Doom and Gloom: Prune Belly Syndrome Associated with VACTERL. *Journal of Neonatal Surgery* 2016;5(3):33. doi: 10.21699/jns.v5i3.337.

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ÍNDICE REMISSIVO

A

Abreu, Paola de Oliveira 75, 91, 92, 96
Agnol, Phamella Weneranda Cezarotto Dall 48
Agra, Roberto Lange 69, 80
Almeida, Caroline Fredi 53, 54
Almeida, Alice Lopes de 22
Almudi, Mariana 12
Andrade, Fernanda Paim de 48
Antonello, Isabela Nizarala 72
Appelt, Jhenifer Bibiana 72
Aragonez, Gabson Araujo 37, 75, 92, 96
Araújo, Matheus Baldasso 73
Armborst, Vitor 48
Assmann, Leandro Luís 85, 87, 90
Azambuja, Guaraci de 31, 80, 81
Azenha, Marcus Vinícius da Silva 28

B

Backes, Guilherme 55, 88
Baier, Alice de Moraes 11, 19, 26, 43
Bamberg, Lilian Ribas 55, 64
Bassani, Débora Cristina Haack 62, 70
Bastos, Marília Dornelles 20, 29
Benetti, Janaína 60
Benetti, Débora 50, 88
Bertani, Flávia Drum 19
Bertol, Vitor Hugo 31
Bertolo, Douglas 47
Bianchi, Marina Fernandes 9, 58, 75, 96
Biondo, Gustavo 40, 45, 64, 66, 77, 95
Bittencourt, Fábio Portela 37
Blank, Janaína Hartmann 41
Blos, Pedro Andre Karkow 73
Boeira, Bruna Carla 55, 88
Bolzan, Ana Paula Quadros 56, 94
Borges, Daniela Teixeira 77
Bortoli, Ana Leonora de 84
Brands, Fernanda 55, 62, 70, 82, 84, 88
Breunig, Juliano de Avelar 37, 41
Brivio, Jaqueline 17
Brum, Júlia Cardoso 45, 64, 69, 85, 87, 90, 95
Bruxel, Gabriel 90
Bullé, Danielly Joani 18
Busnello, Felipe Barbosa 25

C

Caetano, Cynthia 31
Callai, Tássia 10, 11, 18, 19, 58
Campos, Mônica Ribeiro 60, 91

Cardoso, Pedro Arthur Cantoni 47, 89
Casani, Julia 51, 91
Cassol, Augusto Sari 55, 88
Castro, Vinícius da Silva 38
Cezar, Guilherme da Silva 40, 66, 77
Chaves, Jéssica 73
Cortez, Priscila Ferreira 60
Costa, Bruna Polanski 73
Cristofari, Anderson Berni 62, 70
Cruz, Dennis Baroni 31, 32, 35, 37, 41, 69, 95
Cruz, Larissa Lenz Kniphoff da 56, 94

D

Dallazem, Jesica 40
Daronco, Francieli 18
David, Maura 82, 85, 87, 90
Dhamer, Thricy 34, 53
Dias, Andrei Sanson 80, 81, 89
Dorneles, Cristina Manera 32, 49
Dummer, Claus Dieter 51, 91
Duro, Luciano Nunes 37

E

Ebert, Jéssica Pinto 55
Efel, Cauana Fabricio 43, 91
Emanuelli, Monique 32

F

Feil, Angelica Cristine 20, 66, 75, 77, 92, 96
Ferreira, Luiz Fernando Maculan 26, 91
Figueira, Fernanda Pitelkow 66, 77
Figueiredo, Matheus Gomes 31
Filho, Daniel Carlos Fischer 88
Flamia, Jean Carlo 90
Foernges, Rafael Botelho 12
Fontoura, Diego Hörbe Neves da 31
Fortunati, Natália 34, 41
Fossatti, Carolina Toigo 23, 85, 87
França, Victória Teles 26, 51, 58, 91
Freitas, Ana Luisa Machado 47, 73, 89
Frey, Alessandra Caren 55, 88
Friedrich, Lutiane Soares 18
Fuga, Giulia Rubin 58, 72
Fuhr, Luiz Gustavo 73

G

Garcia, Maria Júlia Prestes 23, 58
Gehm, Letícia Lanzarin 62, 70
Giacomini, Fernanda 80, 81

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ÍNDICE REMISSIVO

Goulart, Guilherme Reghelin 40, 45, 95
Grasel, Michel Cristian 43, 51, 91
Gravi, Thomás Dias Souto 66, 73, 77
Grison, Gabriela Bertolazzi 40
Grossi, Mariana 33, 75, 92, 96
Guedes, Felipe 31
Guzzo, Jessica Calheirana 82, 84

H

Haeser, Matheus Filipe 45, 64, 95
Hamid, Abdalla Juma Abdalla Abdel 62, 70
Hamid, Basem Juma Abdalla Abdel 62, 70
Hausmann, Andrey 72
Herbstrith, Gustavo Faccin 84
Hermes, Vanda Beatriz 25
Hernandes, Cristiane Pimentel 72
Hinterholz, Augusto 12, 33, 82, 84
Hoppe, Alexandre Xavier 89
Huppes, Felipe 47

J

Jesus, Gabrielly da Silva 48
Jung, Thomas Henrique 60
Junior, Valdir Borges Dutra 56, 94
Júnior, Antonio Manoel de Borba 84

K

Kappel, Paula Roberta 49, 50
Krumel, Candice 35
Kühl, Amanda 10
Kurtz, Tatiana 75, 92, 96

L

Lago, Bruna Oliveira 10, 73
Lamachia, Francisco Coelho 38
Lamb, Iama Verdi 47
Lampert, Melissa Agostini 56, 94
Laste, Sandro Eduardo 23, 69, 89
Laste, Paulo Roberto 23, 69, 89
Leon, Luciana Brosina de 41
Lopes, Raquel Emmel 25
Lucena, Hérika 80
Luchese, Caroline Barbosa 23, 72
Luza, Júnior 81

M

Maccari, Rodrigo 47
Machado, Jéssica Danieli Brondani 60
Maffi, Marcelo Cezar 80, 81

Mariath, Anna Carolina Flores 17, 26
Marini, Thiago Luiz 22
Marques, Cassiano de Mattos 72
Martins, Adriana de Oliveira 85
Martins, Fernanda Schuh 12, 33, 82, 84
Martins, Márcio Abelha 28, 92, 96
Matos, Lara de 43
Mendonça, Angélica Van Der Laan 75, 92, 96
Merten, Carolina Meert 26
Merten, Carolina Meert 45, 51, 64, 91
Messerschmidt, Monique Zambra 56, 94
Milan, Ana Carolina 49
Mizdal, Raquel Hamerski 48
Moraes, Daniela 12, 87, 90
Moraes, Ludimila Muller de 16, 55, 64, 95
Moraes, Daniela Bonatto 33
Moura, Guilherme Leonardo Costa de 28, 79
Moussalli, Omar Mueller 34, 53
Mueller, Susana Fabíola 45, 64, 95
Müller, Priscilla Emmel 87

N

Nascimento, Leonardo Silveira 31, 32, 35, 41
Negrinho, Cauê Attab 53
Nothen, Rodrigo Longaray 28, 60
Nunes, Angelina Bopp 11, 19, 58
Nunes, Paula Bibiana Müller 9, 82, 84

O

Oliveira, Jorge Elias Dalferth de 80, 81, 89
Oliveira, Renan Fagundes de 38
Oliveira, Allana Maychat Pereira 17
Ozelame, Leticia Zuffo 16

P

Panno, Guilherme Fanti 31
Pasa, Isabela Dorneles 79
Paschoal, Marcele de la Rocha 17
Pasetto, Camila Nunes Venâncio 14, 56, 94
Pavão, Lawrence Hollenbach 38, 80, 88
Pedrotti, Sabrina 17, 58
Pereira, Bianca Weber 16
Pereira, Bruna Pedroso 85, 87, 90
Pereira, Luciane Mattos 33
Piovesan, Marcella Gonçalves 9, 66, 77
Pistoia, Diego Gehrke 60, 89
Piva, Crisley 14, 50, 66, 77, 85, 90
Pochmann, Eduardo Luis 40, 47
Poll, Fabiana Assmann 20

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ÍNDICE REMISSIVO

Porn, Joana Weschenfelder 17
Possuelo, Lia Gonçalves 17
Puton, Bruno Furini 25

R

Rech, Eduardo Lange 58
Renner, Jane Dagmar Pollo 10, 11, 18, 19
Renner, Fabiani Waechter 14, 16
Rigo, Mariana Wagner 60
Rocha, Rafaela Kuczynski da 72
Rodrigues, Vanessa Caramori 64, 95
Rodrigues, Marcelo Tadday 73
Roesler, Rodrigo Momberger 29, 55
Roman, Luiz Inácio 43, 58, 91
Roos, Júlia Wernz 25
Rosa, Andressa Stella Kuhn Correia da 56, 94
Roza, Clarissa Aires 32
Rupp, Manoela Goergen 41
Russowsky, Victoria 62, 70
Ruwer, Paloma Kochhann 49

S

Santanna, Ingrid Wendland 35, 61
Santos, Clairton Edinei dos 18
Santos, Jaqueline Kniphoff dos 66, 75, 92
Scheibler, Guilherme 29, 64, 95
Schilling, Ana Zoé 25
Schneider, Carolina Patrícia 80, 81
Schreiner, Vinicius 82, 84
Schwengber, Alex 58
Scolari, Mariane 69
Seben, Fernando 47
Sehn, Augusto de Andrade 69, 89
Sehnem, Marie Louise Heberts 72

Selbach, Letícia Schneider 75, 92, 96
Somavilla, Vera Elenei da Costa 66, 77
Souza, Fátima Cleonice de 26, 33, 43, 50, 51
Spasin, Débora 85, 87, 90
Spengler, Fernando Augusto Marion 82, 84
Strapasson, Matheus Pedro 73
Swarowsky, Dóris Medianeira Lazaroto 55, 79, 88

T

Tabile, Patrícia Micheli 85, 87
Teló, Maria Eduarda 79
Tibolla, Pedro Augusto 48, 79
Toazza, Marlon Rubini 62, 70
Tomazzi, 2 Rita de Cássia 11
Traversa, Gustavo Grazziotin 34
Trivilin, Letícia 32

V

Vieira, Alexandra Rech 60
Vitória, Fábio Brum 34, 53
Vogg, Aline Damé 53

W

Waechter, Letícia Staub 41
Wendland, Andressa 56, 94

Z

Zago, Letícia Köhler 85, 87, 90
Zanonato, Angela 82
Zanotto, Juliana Cechinato 66, 75, 77, 92, 96
Zarichta, Roger Vinnicius Capelett 64, 95
Zell, Clauceane Venzke 9, 22
Ziebell, Nágila Simon 12, 20, 62, 70