
VOL. 01 Nº 01 - JUNHO 2020

REVISTA CIENTÍFICA

CEREM-GO

ISSN 2675-5009

DOI 10.29327/217754.1.1

CIP - Brasil - Catalogação na Fonte
Dartony Diocen T. Santos CRB-1 (1º Região)3294

R454 Revista Científica CEREM - GO : Comissão Estadual de residência
médica de Goiás. / Associação Goiana de Residência
Médica. vol.01 n.01 - junho 2020 - Goiânia.: D&D Comunicação Ltda.

53p. : il.

1. Artigo científico 2. Residência. 3. Medicina. I.Título.

CDU: 611(52)

Impresso no Brasil
Printed in Brazil – 2020

Índice para catalogo sistemático:

CDU: 611(52)

EQUIPE EDITORIAL



ASSOCIAÇÃO GOIANA DE RESIDÊNCIA MÉDICA- AGRM
End. Rua 95, nº. 159, sala 05, Setor Sul, Goiânia Goiás CEP 74.083-100.
Presidente: Tárík Kassem Saidah

EDITORES CHEFES

Tárík Kassem Saidah
Waldemar Naves do Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Fernando Carneiro
João Alves de Araújo Filho
Juarez Antônio de Souza
Leonardo Caixeta
Luciene Barbosa de Sousa
Luiz Fernando Jubé Ribeiro
Luiza Emylce Pelá Rosado
Melissa A. G. Avelino
Régis Resende Paulinelli
Rui Gilberto Ferreira

CONSELHO HONORÍFICO CIENTÍFICO

Bruno Air Machado da Silva
Carlos Hassel Mendes da Silva
Evandro das Mercês Bittencourt Resque Junior
Guillermo Sócrates Pinheiro de Lemos
Kassem Saidah
Sandro Dultra e Silva
Sérgio Mota da Silva Júnior
Ernei de Oliveira Pina
Vinícius Stival Veneziano Sobrinho



D&D COMUNICAÇÃO
RUA 27-A Nº 142 - SETOR AEROPORTO
FONE: (62) 3941-7676

Jornalista: Dário Álvares
Diagramação: Lethicia Serrano

REGRAS PARA PUBLICAÇÃO

A revista publicará:

1. Artigos originais completos sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos.
2. Relatos de casos de grande interesse desde que bem documentados clínica e laboratorialmente.
3. Números especiais com anais, coletâneas de trabalhos apresentados em congressos e suplementos com trabalhos versando sobre tema de grande interesse.
4. Artigos de revisão, inclusive meta-análises e comentários editoriais, a convite, quando solicitados a membros do conselho editorial.

PROCESSAMENTO

Todo material enviado será analisado pelo Corpo Editorial da revista composto pelo: editores da revista, conselho editorial, editores associados, colaboradores e adjuntos; sendo vetado a identificação aos revisores dos autores ou do serviço onde os trabalhos foram desenvolvidos, assim como os revisores não serão identificados pelos autores, exceto quando solicitados por aqueles. Ao recebimento os artigos serão datados e codificados sendo seus autores comunicados do recebimento. Os artigos que não preencherem as normas editoriais serão rejeitados neste estágio. Aqueles que estiverem de acordo serão enviados a dois revisores indicados pelo Editor. Os autores serão informados sobre a aceitação e das modificações eventualmente sugeridas pelo Corpo Editorial. Quando modificações forem solicitadas os autores deverão retornar o trabalho corrigido dentro de 15 dias, devendo justificar se alguma sugestão não for aceita.

DIREITOS AUTORAIS (COPYRIGHT)

É uma condição de publicação em que os autores transferem os direitos autorais de seus artigos à Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás. A transferência dos direitos autorais à revista não afeta os direitos de patente ou acordos relacionados aos autores. As figuras, fotos ou tabelas de outras publicações podem ser reproduzidas, desde que autorizadas pelo proprietário. O material publicado passa a ser propriedade da CEREM-GOÍÁS, podendo ser reproduzido com sua anuência.

ASPECTOS ÉTICOS

O Corpo Editorial segue os princípios da Declaração de Helsinki e recomendamos que os autores dos artigos enviados obedeçam à comissão ética e preencham os requerimentos reguladores e legais para experiências em seres humanos com drogas, incluindo consentimento informado, de acordo com os procedimentos necessários em sua instituição ou país. Toda informação do paciente deve ser anônima, em particular, checar se o número de identificação e o nome da paciente foram retirados das fotos. Para maiores detalhes acessar o site da comissão de ética e pesquisa (<http://www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/conep.htm>).

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

O conteúdo intelectual dos trabalhos é de total responsabilidade de seus autores. O Corpo Editorial não assumirá qualquer responsabilidade sobre as opiniões ou afirmações dos autores. Todo esforço será feito pelo Corpo Editorial para evitar dados incorretos ou imprecisos. O número de autores deve ser limitado em seis.

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os autores enviarão cópias juntamente com jogos de figuras, fotos ou tabelas e manter uma cópia para referência. O texto deve identificar um autor como correspondente para onde serão enviadas as notificações da revista. Deverá conter nome completo, instituição, unidade, departamento, cidade, estado, País, link para CV Lattes, número ORCID de todos os autores e endereço completo, telefone e email do responsável pelo trabalho. Os trabalhos devem ser enviados para o e-mail revistacientificacerem@gmail.com.

APRESENTAÇÃO

Os artigos devem ser digitados em espaço duplo e devem conter os seguintes tópicos:

Título (português e inglês), resumo (português e inglês), introdução, métodos, resultados, discussão, agradecimentos e referências. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página. Os relatos de casos devem ser estruturados em: resumo, introdução, relato de caso, discussão, conclusão e referências. A primeira página deve incluir: título, primeiro e último nome dos autores e sua filiação, títulos (não mais que 20 letras), palavras chaves (5-8) e o endereço de email. A segunda página deve conter o título do manuscrito no cabeçalho e cuidado deve ser tomado no restante do texto para que o serviço ou os autores não possam ser identificados (suprimi-los).

RESUMO

O resumo dos artigos originais deve ser dividido em seções contendo informações que permita ao leitor ter uma ideia geral do artigo, sendo divididos nos seguintes tópicos: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Não deve exceder 250 palavras. O resumo dos relatos de casos deve ser em um único parágrafo. Uma versão em inglês do resumo e das palavras chaves deve ser fornecido.

ESTILO

As abreviaturas devem ser em letras maiúsculas e não utilizar ponto após as letras, ex: US e não U.S.. As análises estatísticas devem ser pormenorizadas no tópico referente aos métodos. O uso de rodapé não será permitido, exceto em tabelas. O Corpo Editorial reserva o direito de alterar os manuscritos sempre que necessário para adaptá-los ao estilo bibliográfico da revista.

LITERATURA CITADA

As referências devem ser numeradas consecutivamente à medida que aparecem no texto e depois nas figuras e tabelas se necessárias, citadas em numeral sobrescrito, ex: "Trabalho recente sobre o efeito do ultrassom 22 mostra que...". Todas as referências devem ser citadas no fim do artigo seguindo as informações abaixo: 1. et al. não é usado. Todos os autores do artigo devem ser citados. 2. As abreviações dos jornais médicos devem seguir o formato do Index Medicus. 3. Trabalhos não publicados, artigos em preparação ou comunicações pessoais não devem ser usadas como referências. Quando absolutamente necessárias, somente citá-las no texto. 4. Não usar artigos de acesso difícil ou restrito aos leitores, selecionando os mais relevantes ou recentes. Nos artigos originais o número de referência deve ser limitado em 25 e os relatos de casos e cartas em 10. 5. A exatidão dos dados da referência é de responsabilidade dos autores. As referências devem seguir o estilo Vancouver como nos exemplos abaixo: Artigos de jornais: Cook CM, Ellwood DA. A longitudinal study of the cervix in pregnancy using transvaginal ultrasound. Br J Obstet Gynaecol 1966; 103:16-8. In press: Wyon DP. Thermal comfort during surgical operations. J Hyg Camb 20; in press (colocar o ano atual). Artigo em livro editado: Speroff L, Glass RH, Kase NG. In Mitchell C, ed. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1994:1-967.

AGRADECIMENTOS

Dirigidos às contribuições científicas ou materiais de outros que não justificam coautoría.

ILUSTRAÇÕES

Todas as ilustrações devem ser identificadas com o nome do autor principal e número da figura. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto e numeradas de acordo com aparecimento, ex: figura 3.

- 6** **ÓBITOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NO HOSPITAL E MATERNIDADE DONA IRIS**
SIMONE CARRIJO SANTOS, LORENA CABRAL DE CASTRO LOURENZO , MIDIÃ FONSECA LIMA , PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA ,
BRUNA ABREU RAMOS
- 11** **RECÉM-NASCIDO DE RISCO: PERFIL DOS FATORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ADMISSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**
LUDYMILLA CÂNDIDA RIBEIRO DA SILVA, IGOR DA SILVA, TÁRIK KASSEM SAIDAH, PATRICIA GONÇALVES EVANGELISTA
- 15** **CONSUMO DE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E CONDUTAS SEXUAIS EM HOMENS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA EM GOIÁS**
CAROLINA SANTOS GONÇALVES, LILA SPADON, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
- 21** **SÍNDROME HIPERTENSIVA NA GESTAÇÃO: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS**
DANILO SILVA ALMEIDA, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA, TÁRIK KASSEM SAIDAH, WALDEMAR NAVES DO AMARAL
- 25** **SARCOMA MAMÁRIO - TUMOR FILODES MALIGNO. RELATO DE CASO**
BÁRBARA DE ASSIS BARBOSA, ELAINE XAVIER MACHADO, LEANDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA;
ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO; SEBASTIÃO ALVES PINTO, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA
- 27** **MASTITE LOBULAR GRANULOMATOSA BILATERAL METACRÔNICA - RELATO DE CASO**
BARBARA DE ASSIS BARBOSA , NICOLLE RAMALHO DOS SANTOS CORBELINO , ELAINE XAVIER MACHADO , ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA , ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO , SEBASTIÃO ALVES PINTO , JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA
- 29** **ANGIOPLASTIA COM USO DE ATRECTOMIA ROTACIONAL EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA IMPORTANTE SEGUIDA DE IMPLANTE VALVAR AÓRTICO PERCUTÂNEO**
PEDRO ARTHUR FERREIRA BORGES, VICTOR EDUARDO DE ALMEIDA, LEONARDO VELOSO DO AMARAL, DÉBORA RODRIGUES, MAURÍCIO LOPES PRUDENTE, GIULLIANO GARDENGHI
- 33** **FRATURA DO BOXER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
THAYS DE FREITAS RAMOS, RICARDO LUIZ RAMOS FILHO, FERNANDO HENRIQUE DE FREITAS RAMOS, ARTHUR LANNA APPELT, GIOVANNI DE PAULA UZUELLI, ROBERTA PERGORARO MONTEIRO GUIMARÃES
- 36** **HIPERTROFIA MAMÁRIA GESTACIONAL PROLONGADA - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**
BÁRBARA DE ASSIS BARBOSA, BÁRBARA ELISABETH SCHROFF , ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA, ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO, ELAINE XAVIER MACHADO, LUIZ MAURO DE PAULA E SOUZA, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA
- 39** **MCCUNE ALBRIGHT: UM RELATO DE CASO**
ROBERTA PERGORARO MONTEIRO GUIMARÃES , THAYS DE FREITAS RAMOS , VICTOR AZURÉU BARCELOS , DIEGO BENTO DE OLIVEIRA, RICARDO LUIZ RAMOS FILHO , ARTHUR LANNA APPELT , JOSÉ VINÍCIUS TRONCONI
- 42** **TROMBOSE EM PRÓTESE BIOLÓGICA MITRAL ASSOCIADA DISFUNÇÃO VALVAR SEVERA EM VIGÊNCIA DE ANTICOAGULAÇÃO ORAL. RELATO DE CASO**
CRISTIANO SIMÕES , ANDRÉ EDUARDO DOS SANTOS BAYEH , RAFAEL YUDI SCALIA CUNHA HOSHINO , RICARDO ALVES RIBEIRO DE FARIA , GIULLIANO GARDENGHI , ANA CAROLINA VASCONCELLOS DE REZENDE , LESLEY FERREIRA RODRIGUES THEMUDO , DAYSE ELISABETH CAMPOS , RICARDO CURADO DE OLIVEIRA E SILVA , VALÉRIA TATYANE DE REZENDE , LUCIANA FERNANDES BALESTRA
- 45** **RELATO DE CASO: GRAVIDEZ OVARIANA COM IMPLANTAÇÃO OVARIANA**
VALDIVINA FALONE, LUCCA MARTINS, PATRÍCIA LEITE, WINSTON SILVA, TÁRIK SAIDAH , WALDEMAR AMARAL
- 48** **COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**
GABRIEL GIFFORD CARNEIRO, PATRICIA GONÇALVES EVANGELISTA

DIVULGAÇÃO E AVANÇO

Fomento à pesquisa e à produção científica é, sem dúvida nenhuma, um dos pilares principais da Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás - CEREM Goiás, uma entidade conceituada que desempenha importante papel no cenário regional da saúde. Portanto, tendo como objetivo principal a divulgação da produção científica dos médicos residentes, dos serviços de residência médica e da comunidade médica, idealizamos a Revista Científica CEREM Goiás.

Com essa iniciativa reafirmamos a importância acadêmica, científica e social da residência médica e ofertamos nossa parcela de contribuição para a divulgação científica e o avanço do aprendizado médico, o que representa, em última análise, ampliação da excelência profissional e melhores resultados aos pacientes.

Bem-vindos à primeira edição da Revista Científica CEREM-GO.

TÁRIK KASSEM SAIDAH
WALDEMAR NAVES DO AMARAL

EDITORES CHEFES

ÓBITOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NO HOSPITAL E MATERNIDADE DONA IRIS

DEATHS IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT IN THE HOSPITAL AND MATERNITY DONA IRIS

SIMONE CARRIJO SANTOS ¹, LORENA CABRAL DE CASTRO LOURENZO ¹, MUDIÃ FONSECA LIMA ¹,
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA ², BRUNA ABREU RAMOS ²

RESUMO

Introdução: Atualmente, sabe-se que a mortalidade neonatal esta associada à qualidade de assistência de saúde, é o principal fator da mortalidade infantil. A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) surge como expectativa e um dos fatores mais eficaz para tentar diminuir a mortalidade neonatal no país. As principais causas de óbitos de são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos. **Objetivo:** Descrever o perfil de incidência das causas encontradas em óbitos na UTIN do Hospital e Maternidade Dona Iris (HMDI) no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, onde foi analisado o número e o perfil da mortalidade na UTIN do HMDI, Goiânia, Goiás, no período de 2016 a 2018. Foi realizada uma revisão do prontuário eletrônico. **Resultados:** Número total de 126 óbitos ocorridos na UTIN do HMDI, sendo em 2016 foram constatados 45 óbitos, sendo a maior incidência em RN prematuro extremo (idade gestacional < 28 semanas). Sendo o total de número de óbitos menor que 28 semanas igual a 20, entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias 13 óbitos, 34 semanas a 36 semanas e 6 dias 4 óbitos. Foram registrados entre os recém nascidos termo (RNT- 37 semanas a 41 semanas e 6 dias) 8 óbitos e recém nascidos pós termo (>42 semanas) não houve óbito. Em 2017 foi registrado 34 óbitos, sendo 14 destes em RN menor que 28 semanas de idade gestacional, 12 óbitos entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias, 1 óbito entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, 7 óbitos em RNT e não ocorreu óbito em recém nascido pós termo. E em 2018 foram registrados 47 óbitos, sendo 24 óbitos nos RNs menores de 28 semanas, 12 óbitos entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias, 4 óbitos entre os 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, 7 óbitos nos RNT e não foi registrado óbito em recém nascido pós termo. **Conclusão:** Em 2016 foram constatados 45 óbitos, sendo a maior incidência em RN prematuro extremo (idade gestacional < 28 semanas). Foram registrados entre os recém-nascidos termo (RNT- 37 semanas a 41 semanas e 6 dias) 8 óbitos e recém-nascidos pós termo (>42 semanas) não houve óbito. Em 2017 foi registrado 34 óbitos, sendo 14 destes em RN menor que 28 semanas de idade gestacional, 12 óbitos entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias, 1 óbito entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, 7 óbitos em RNT e não ocorreu óbito em recém-nascido pós termo. Em 2018 foram registrados 47 óbitos, sendo 24 óbitos nos RNs menores de 28 semanas, 12 óbitos entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias, 4 óbitos entre as 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, 7 óbitos nos RNT e não foi registrado óbito em recém-nascido pós termo.

PALAVRAS-CHAVES: MORTALIDADE NEONATAL. PREMATURIDADE. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

ABSTRACT

Introduction: Currently, it is known that neonatal mortality is associated with the quality of health care, it is the main factor in infant mortality. The neonatal intensive care unit (NICU) appears as an expectation and one of the most effective factors in trying to reduce neonatal mortality in the country. The main causes of deaths are prematurity, congenital malformation, intrapartum asphyxia, perinatal infections and maternal factors. **Objective:** To describe the incidence profile of the causes found in deaths in the NICU of the Hospital e Maternidade Dona Iris (HMDI) from January 2016 to December 2018. **Methods:** This is a cross-sectional study, where the number and number of mortality profile at the HMDI NICU, Goiânia, Goiás, from 2016 to 2018. A review of the electronic medical record was carried out. **Results:** Total number of 126 deaths occurred in the HMDI NICU, with 45 deaths in 2016, with the highest incidence in extremely premature newborns (gestational age <28 weeks). With the total number of deaths less than 28 weeks equal to 20, between 28 weeks and 33 weeks and 6 days 13 deaths, 34 weeks to 36 weeks and 6 days 4 deaths. Among the term newborns (RNT- 37 weeks to 41 weeks and 6 days), 8 deaths and post-term newborns (> 42 weeks) were not registered. In 2017, 34 deaths were recorded, 14 of which in newborns less than 28 weeks of gestational age, 12 deaths between 28 weeks and 33 weeks and 6 days, 1 death between 34 weeks and 36 weeks and 6 days, 7 deaths in RNT and not there was death in a post-term newborn. And in 2018, 47 deaths were recorded, 24 deaths in newborns under 28 weeks, 12 deaths between 28 weeks and 33 weeks and 6 days, 4 deaths between 34 weeks and 36 weeks and 6 days, 7 deaths in RNT and there was no death in post-term newborns. **Conclusion:** In 2016, 45 deaths were found, with the highest incidence in extremely premature newborns (gestational age <28 weeks). Among the term newborns (RNT- 37 weeks to 41 weeks and 6 days), 8 deaths and post-term newborns (> 42 weeks) were not registered. In 2017, 34 deaths were recorded, 14 of which in newborns less than 28 weeks of gestational age, 12 deaths between 28 weeks and 33 weeks and 6 days, 1 death between 34 weeks and 36 weeks and 6 days, 7 deaths in RNT and not death occurred in post-term newborns. In 2018, 47 deaths were recorded, with 24 deaths in newborns aged less than 28 weeks, 12 deaths between 28 weeks and 33 weeks and 6 days, 4 deaths between 34 weeks and 36 weeks and 6 days, 7 deaths in newborns and not recorded death in post-term newborns.

KEYWORDS: NEONATAL MORTALITY. PREMATURETY. NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT.

1 – Residentes em neonatologia da SMS/HMDI
2 – Doutorandas da UFG

ENDEREÇO

PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail centrodeestudoshmdi@gmail.com

INTRODUÇÃO

Atualmente, sabe-se que a mortalidade neonatal esta associada à qualidade de assistência de saúde, é o principal fator da mortalidade infantil desde a década de 1990 no país¹. A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) surge como expectativa e um dos fatores mais eficaz para tentar diminuir a mortalidade neonatal no país. A UTIN é reservada para tratamento de prematuros e recém-nascidos (RNs) que apresentam alguma enfermidade.

As razões da mortalidade no período neonatal se relacionam com as condições da gestação e do parto, sendo influenciadas pela qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. Quanto mais próximas do momento do nascimento (período neonatal precoce, de 0 a 6 dias de vida), mais forte será a influência das condições de nascimento (especialmente idade gestacional e peso de nascimento) e da assistência neonatal para a sobrevivência infantil².

As principais causas de óbitos de acordo com a literatura são: a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos^{3,4}. Os principais motivos de internação nas UTINs estão relacionados às causas respiratórias, baixo peso e prematuridade.

O parto prematuro é definido como aquele cuja gestação termina antes da 37ª semana e o prematuro extremo é cuja gestação termina antes da 28ª semana. A prematuridade está relacionada a maiores complicações no período neonatal, dada a sua condição de vulnerabilidade biológica, devido à imaturidade relacionada ao seu organismo, sendo ela um forte fator associado à mortalidade neonatal⁵.

O peso de nascimento e a idade gestacional são os fatores isolados mais importantes relacionados ao óbito neonatal⁶. Sendo o risco de óbito maior entre os recém-nascidos com peso menor que 2500g e/ou idade gestacional menor do que 37 semanas. A avaliação da idade gestacional é importante para o planejamento da assistência neonatal.

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo analisar os óbitos em UTIN do HMDI que ocorreram no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018 e por fim descrever o perfil de incidência das causas encontradas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, onde foi analisado o número e o perfil da mortalidade na UTIN do Hospital e Maternidade Dona Iris (HMDI), localizado na cidade de Goiânia, Goiás, no período de 2016 a 2018. Foi realizada uma revisão do prontuário eletrônico, neste período, não sendo exposto o paciente e nem o responsável pelo mesmo. Concomitante a avaliação dos óbitos ocorrido nesse período analisou a idade gestacional dos pacientes envolvidos e possíveis más formações dos mesmos.

O público alvo foram os 126 óbitos ocorridos na UTIN do HMDI entre os anos de 2016 e 2018, sendo excluídos óbitos neonatais ocorridos em sala de partos e pacientes

que foram transferidos para outras unidades hospitalares. Esta pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Iris em 27 de novembro de 2019, CAEE 25740119.0.0000858. Para a análise de dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

O gráfico 1 demonstra o total de 126 óbitos ocorridos na UTIN do HMDI, sendo 45 óbitos em 2017, 34 óbitos em 2017 e 47 óbitos em 2018.

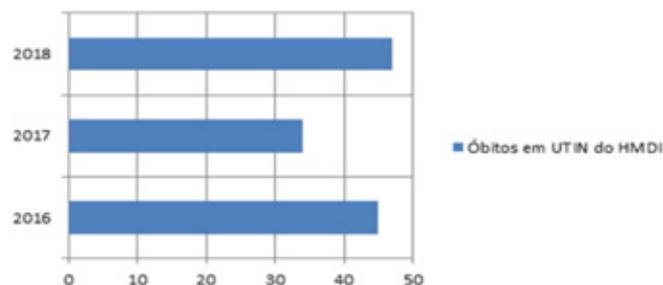


Gráfico 1 - números de óbitos ocorrido na UTIN do HMDI de 2016 - 2018

Em 2016 foram constatados 45 óbitos, sendo a maior incidência em RN prematuro extremo (idade gestacional < 28 semanas) – gráfico 1. Sendo o total de número de óbitos menor que 28 semanas igual a 20, entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias 13 óbitos, 34 semanas a 36 semanas e 6 dias 4 óbitos. Foram registrados entre os recém-nascidos termo (RNT- 37 semanas a 41 semanas e 6 dias) 8 óbitos e recém-nascidos pós termo (>42 semanas) não houve óbito.

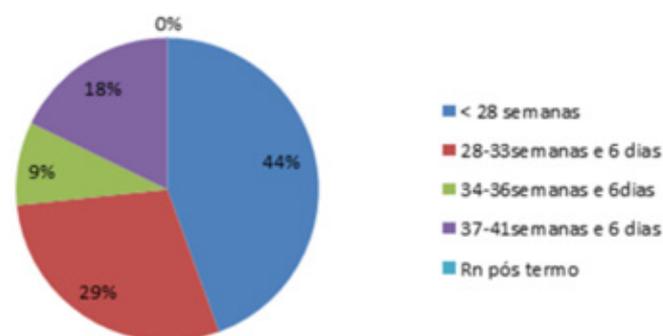


Gráfico 2 - mortalidade em UTI neonatal em 2016 de acordo com idade gestacional

Em 2017 foi registrado 34 óbitos, sendo 14 destes em RN menor que 28 semanas de idade gestacional, 12 óbitos entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias, 1 óbito entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, 7 óbitos em RNT e não ocorreu óbito em recém-nascido pós termo – gráfico 3.

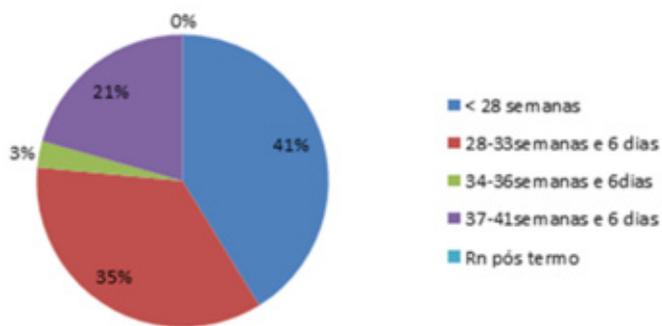


Gráfico 3 - mortalidade em UTI neonatal em 2017 de acordo com idade gestacional

Em 2018 foram registrados 47 óbitos, sendo 24 óbitos nos RNs menores de 28 semanas, 12 óbitos entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias, 4 óbitos entre as 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, 7 óbitos nos RNT e não foi registrado óbito em recém-nascido pós termo - gráfico 4.

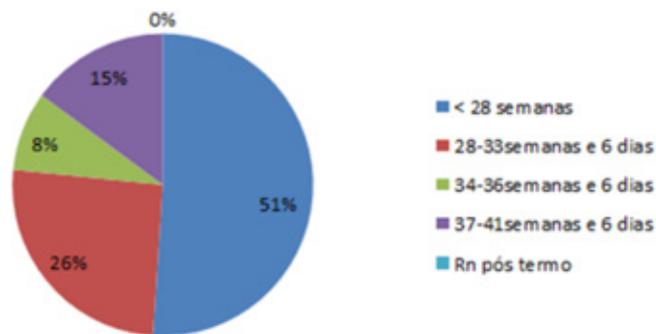


Gráfico 4 - mortalidade em UTI neonatal em 2018 de acordo com idade gestacional

O gráfico 5 demonstra um comparativo da incidência de óbitos em relação a idade gestacional nos anos de 2016, 2017 e 2018.

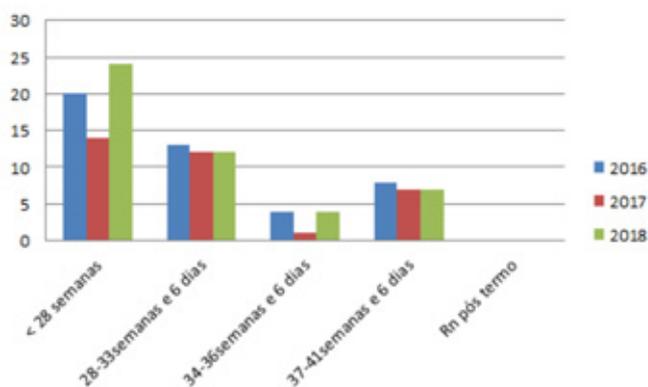


Gráfico 5 é uma amostra comparativa entre os anos 2016, 2017 e 2018.

A tabela 1 demonstra os agentes infecciosos isolados e seu número absoluto entre os anos de 2016 a 2018.

| | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------------------------|------|------|------|
| <i>Staphylococcus haemolyticus</i> | 2 | 0 | 2 |
| <i>Staphylococcus epidermidis</i> | 1 | 6 | 4 |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> | 1 | 2 | 0 |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | 1 | 1 | 3 |
| Leveduras | 1 | 0 | 2 |
| <i>Enterobacter cloacae</i> | 0 | 2 | 0 |
| <i>Staphylococcus hominis</i> | 0 | 1 | 0 |
| <i>Escherichia coli</i> | 0 | 2 | 0 |
| <i>Streptococcus agalactiae</i> | 0 | 0 | 1 |
| Hemoculturas positivas | 6 | 14 | 12 |

Tabela 1: Agentes infecciosos isolados e seu número absoluto entre os anos de 2016 a 2018

O gráfico 6 representa o comparativo entre os números de agentes infeccioso nas hemoculturas 2016 a 2018.

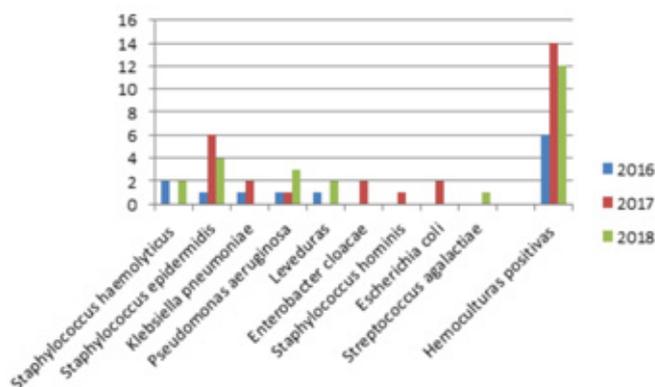


Gráfico 6 - comparativo entre as hemoculturas entre os anos de 2016 a 2018

Mortes relacionadas a malformações congênicas - gráfico 7 mostra de forma comparativa os óbitos ocorridos devido a malformações congênicas associada a idade gestacional no período de 2016 a 2018.

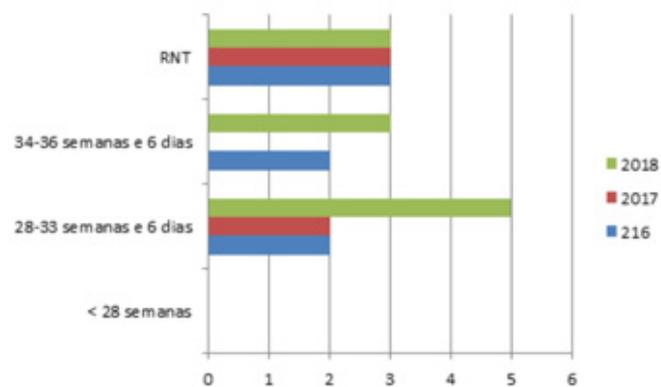


Gráfico 7 - número de óbitos associado a malformações congênicas x idade gestacional

DISCUSSÃO

A mortalidade neonatal deve ser alvo de interesse mundial, pois a sua "queda" é demorada em comparação com a taxa de mortalidade em pacientes lactentes, pré-escolares e escolares⁸. A mortalidade neonatal é um indicador que está relacionada à atenção a saúde, ao binômio mãe-filho e ao acesso oportuno a serviços qualificados de atenção ao parto e ao nascimento. Um ponto importante é a contribuição desse grupo de recém-nascidos na mortalidade infantil.

Este estudo analisou os óbitos ocorridos na UTIN do HMDI entre os anos de 2016 a 2018 traçando o perfil de óbitos de acordo com idade gestacional, relacionando sua causa a prematuridade, infecciosa, associada a malformações congênitas e/ou relacionadas à sala de parto, visando buscar meio para melhoria da qualidade da assistência pré, peri e pós-natal. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de mortalidade infantil média da cidade de Goiânia em 2016 foi de 12,54 para 1.000 nascidos vivos houve uma redução em relação a 2017 que foi de 11,25. No gráfico 1 observa-se que houve essa redução entre os anos de 2016 e 2017.

Os dados deste estudo corroboram com dados encontrados em estudo semelhante, onde a incidência do número de óbitos foi maior em RN menor que 28 semanas, devido a maior vulnerabilidade do recém-nascido, a maior chance de complicações devido à imaturidade de múltiplos órgãos, como a imaturidade estrutural pulmonar.

A prematuridade extrema, embora representem apenas 1 a 2% dos nascimentos, é responsável por um terço das mortes perinatais⁹. Prematuridade é um dos principais fatores de risco para mortalidade neonatal. A chance de óbito em RN, na 25ª semana de gestação, chega a ser 32 vezes maior do que na 31ª semana^{10,11}. No estudo do HMDI encontraram-se em sua maioria o maior índice de óbitos em prematuros extremos (menor que 28 semanas) 44% de óbitos em 2016 (gráfico 2), 41% em 2017 (gráfico 3) e 51% em 2018 (gráfico 3). Evidenciando a maior vulnerabilidade neste grupo.

No estudo ocorrido na UTIN do Hospital Geral de Caxias do Sul encontrou-se um grande número de RN que morreram no primeiro dia por infecção de origem materna, doença que pode ser prevenida por meio de um bom atendimento pré-natal. Foi importante salientar que nesse grupo de RN que morreram no primeiro dia, 16,2% das mães não fizeram nenhuma consulta na gestação, o que certamente contribuiu para a evolução de parto prematuro e prognóstico desfavorável dos RNs¹². Em Pelotas, encontrou-se como um dos principais fatores de risco para mortalidade neonatal precoce, o número de consultas pré-natais menor que cinco¹³.

A importância do pré-natal esta relacionada, também, como o diagnóstico de malformações congênitas intra-útero para definir a melhor conduta na sala de parto, como a via de parto indicada. Como exemplo tem-se o diagnóstico de mielomeningocele no pré-natal que indica a via de

parto cesariana e como se dará o seguimento pós-natal. Em relação às malformações, em algumas regiões do mundo, representam a primeira causa de óbitos neonatais, respondendo por 25% das mortes neste período superando a prematuridade (associada com 20% dos óbitos)^{14,15}.

Neste estudo os óbitos ocorridos em RNs maior que 34 semanas, foram em sua maioria associados a malformações congênitas. A associação das malformações congênitas com a mortalidade perinatal, também, é uma preocupação atual, sendo elas associadas a óbitos fetais e a óbitos durante o primeiro mês de vida. As malformações, também, são encontradas em RNs menor que 34 semanas, mas podendo ser subdiagnosticadas devido à mortalidade precoce.

No HMDI o número de óbito devido à malformação congênita foi diagnosticado em sua maioria em RN maior que 34 semanas. Durante a análise destes três anos foram diagnosticados 9 pacientes que foram a óbito devido a malformações em RN menor que 34 semanas e em RN em maior que 34 semanas foram 14 óbitos relacionados a malformações congênitas, gráfico 7.

As anomalias congênitas são alterações morfológicas, estruturais ou funcionais que podem ser detectadas ainda na vida intrauterina, ou após o nascimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no mundo, as anomalias congênitas foram causa de morte de 303.000 nascidos vivos, ou seja, de 7% do total, durante o primeiro mês de vida em 2016. Elas podem estar ligadas a fatores genéticos (síndromes genéticas), ambientais e multifatoriais¹⁶.

A prevenção da sepse neonatal por meio de elementos para o controle de infecções perinatais e da infecção hospitalar por microrganismos, incluindo o estabelecimento da rotina de lavagem das mãos e a existência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar operante, pode resultar na redução do número de mortes, podendo traçar o perfil microbiológico dos casos de infecção hospitalar. A sepse é uma das principais causas de morbimortalidade no período neonatal. Acomete RNT e RNPT, sendo este último grupo o mais vulnerável, cuja incidência pode alcançar 25%, sendo responsável por aproximadamente metade dos óbitos ocorridos no período neonatal nos países desenvolvidos¹⁷.

Na UTIN Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro observou-se uma maior suscetibilidade para o desenvolvimento de sepse em neonatos prematuro, reforçando o potencial agravante dessa condição no desenvolvimento da sepse¹⁸. No mesmo estudo apesar dos esforços em isolar os microrganismos, em média, as culturas de sangue são positivas em 34% dos pacientes "sépticos", variando entre 9 e 64%.

No HMDI foi observado um alto índice de hemoculturas positivas no ano de 2017, um dado importante que pode indicar aumento de sepse neonatal, sendo isoladas 14 hemoculturas positivas neste ano. Em 2016 foram isolados 6 óbitos associados a hemocultura positiva e em 2018

foram isoladas 12 hemoculturas positivas - gráfico 6.

A partir da determinação destas causas poderão ser planejadas intervenções que diminuam a ocorrência de partos prematuros e, conseqüentemente, as taxas de mortalidade infantil¹⁹.

CONCLUSÃO

Em 2016 foram constatados 45 óbitos, sendo a maior incidência em RN prematuro extremo (idade gestacional < 28 semanas) – gráfico 1. Sendo o total de número de óbitos menor que 28 semanas igual a 20, entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias 13 óbitos, 34 semanas a 36 semanas e 6 dias 4 óbitos. Foram registrados entre os recém-nascidos termo (RNT- 37 semanas a 41 semanas e 6 dias) 8 óbitos e recém-nascidos pós termo (>42 semanas) não houve óbito.

Em 2017 foi registrado 34 óbitos, sendo 14 destes em RN menor que 28 semanas de idade gestacional, 12 óbitos entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias, 1 óbito entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, 7 óbitos em RNT e não ocorreu óbito em recém-nascido pós termo. Em 2018 foram registrados 47 óbitos, sendo 24 óbitos nos RNs menores de 28 semanas, 12 óbitos entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias, 4 óbitos entre as 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, 7 óbitos nos RNT e não foi registrado óbito em recém-nascido pós termo.

REFERÊNCIAS

1. LANSKY, S.; et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, supl. 1, 2014.
2. VERMELHO, L. L.; LEAL, A. J. C.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. In: Medronho, R. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 33-56.
3. LIU, L. et al. Global, regional and national causes of child mortality in 2000-2010: an updated systematic analysis. *Lancet*, v. 379, n. 1, p:2151-61, 2002.
4. FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador - *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*, 2009.
6. ARAÚJO B.F.; Bozzetti M.C.; Tanaka A.C.A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria*, v.76,n.3, 2000.
7. BRASIL, T.B.; et al. Fatores Associados à Mortalidade Neonatal com Ênfase no componente da Atenção Hospitalar ao Recém Nascido. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v.47, n.2, 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Taxa de mortalidade neonatal RN < 1500g*, Agência Nacional de Saúde Suplementar, v1.01, 2012.
9. DRAPER E.S.; et al. Investigating the variations in survival rates for very preterm infants in 10 European regions: the MOSAIC birth cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, v. 94, n.3, 2009.
10. EVANS N., et al. Prenatal predictors of mortality in very preterm infants cared for in Australian and New Zealand Neonatal Network. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, v.92, n.1, 2007.
11. CASTRO, M. P.; RUGOLO, L. M. S. S.; MARGOTTO, P. R. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v. 34, n. 5, 2012.
12. ARAUJO B.F.; et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira Sa. Bras. Saúde Materno Infantil*, v. 5, n. 4, 2005.
13. MENEZES A.M.B.; et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Revista Saúde Pública*, v. 32, n. 3, 1998.
14. ROSANO A.; BOTTO L.D.; BOTTING B. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: an international perspective. *J Epidemiol Community Health*, v. 54, n. 9, 2000.
15. AMORIM M.M.R.; et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 6, n. 1, 2006.
16. ANDRADE A.M.; et al. Anomalias Congênitas em Nascidos Vivos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 3, 2017.
17. GRANZOTTO J.A.; MENDES R.M.; OLIVEIRA M.B. Sepsis neonatal precoce e mortalidade em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista AMRIGS*, v. 57, n. 2, 2013.
18. CAMPOS D.P.; et al. Sepsis neonatal precoce: níveis de citocinas no sangue de cordão umbilical no diagnóstico e durante o tratamento. *Jornal de Pediatria*, v. 86, n. 6, 2010.
19. SILVEIRA M.F.; et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista Saúde Pública*, v. 42, n. 5, 2008.

RECÉM-NASCIDO DE RISCO: PERFIL DOS FATORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ADMISSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

HIGH-RISK NEWBORN: PROFILE OF FACTORS THAT CONTRIBUTED TO ADMISSION TO NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

LUDYMILLA CÂNDIDA RIBEIRO DA SILVA ¹, IGOR DA SILVA ², TÁRIK KASSEM SAIDAH ³,
PATRICIA GONÇALVES EVANGELISTA ⁴

RESUMO

Introdução: As mortes dentro do ambiente hospitalar passaram a responder pela maior proporção dos óbitos infantis. Várias são as situações pré ou perinatais que levam o RN a ser considerado de risco e necessitar de um acompanhamento mais especializado, exigindo, algumas vezes, a internação em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Objetivos:** Descrever os fatores que levam os recém-nascidos para Unidade de terapia intensiva.

Métodos: Estudo transversal descritivo quantitativo e retrospectivo, desenvolvido numa maternidade pública de referência em Goiânia-GO. **Resultados:** O período analisado foi de janeiro a dezembro de 2017 com um total de 259 RNs que passaram pela UTI do Hospital neste período. O perfil materno é de mulheres entre 18 e 30 anos com 65% (167), primigesta 44% (115), sem pré-natal 47% (121) e das que fizeram foram menores que 7 consultas com 44% (114), a via de parto foi a cirúrgica (cesárea) com 54% (140), com Doença hipertensiva gestacional foi o fator de risco mais incidente com 19% (50) seguido das infecções do trato urinário também com 19% (49). Já o perfil dos Rns é do sexo masculino com 56% (146), com idade gestacional menor de 36 semanas 77% (199), com apgar do primeiro minuto menor de 7 com 57% (147) e apgar do quinto minuto maior do que 8 com 81% (2009), como fatores de riscos apresentam icterícia 88% (228), infecção respiratória aguda com 77% (199) e infecções neonatais em 70% (181), com apresentação AIG EM 80% (205) e com peso menor de 2.500 gramas 72% (182). **Conclusão:** O perfil materno é de mulheres entre 18 e 30 anos, primigesta, sem pré-natal, nascido por cesárea, com Doença hipertensiva gestacional como principal fator de risco. O perfil dos Rns é de meninos, com idade gestacional menor de 36 semanas, com apgar do primeiro minuto menor de 7 e apgar do quinto minuto maior do que 8, icterício, com infecção respiratória aguda e infecção neonatal, AIG e com peso menor de 2.500 gramas.

PALAVRAS-CHAVES: RECÉM-NASCIDO, UTI. FATORES. RISCOS.

ABSTRACT

Introduction: Deaths within the hospital environment now account for the largest proportion of infant deaths. There are several pre or perinatal situations that lead the NB to be considered at risk and require more specialized monitoring, sometimes requiring admission to a neonatal intensive care unit. **Objectives:** To describe the factors that take newborns to the intensive care unit.

Methods: Quantitative and retrospective cross-sectional study, carried out in a public maternity of reference in Goiânia-GO.

Results: The period analyzed was from January to December 2017 with a total of 259 newborns that passed through the Hospital's ICU during this period. The maternal profile is made up of women between 18 and 30 years old, 65% (167), primiparous 44% (115), without prenatal care 47% (121), and those who underwent prenatal care had less than 7 visits with 44% (114), the route of delivery was surgical (cesarean) with 54% (140), with gestational hypertensive disease being the most incident risk factor with 19% (50) followed by urinary tract infections also with 19% (49). The profile of the NBs, on the other hand, is male with 56% (146), with gestational age less than 36 weeks 77% (199), apgar first minute less than 7 with 57% (147) and fifth minute greater than 8 with 81% (2009), as risk factors present jaundice 88% (228), acute respiratory infection with 77% (199) and INN in 70% (181), with AIG presentation IN 80% (205) and with weight less than 2,500 grams 72% (182). **Conclusion:** The maternal profile is of women between 18 and 30 years old, primiparous, without prenatal care, born by cesarean section, with gestational hypertensive disease as the main risk factor. The profile of the NBs is of boys, with gestational age less than 36 weeks, apgar first minute less than 7 and apgar fifth minute greater than 8, icteric, with acute respiratory infection and neonatal infection, AGA and with weight less than 2,500 grams.

KEYWORDS: NEWBORN, ICU. FACTORS. RISKS.

1 – Residente em pediatria da SMS/ HMDI
2 – Residente em ginecologia e obstetrícia da SMS/HMDI
3 – Doutor em ciências da saúde da UFG
4 - Doutoranda UFG

ENDEREÇO

PATRICIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail: centrodeestudosdmi@gmail.com

INTRODUÇÃO

O relevante avanço tecnológico na área da saúde das últimas décadas tem determinado a sobrevivência de um número muito maior de recém-nascidos (RNs) considerados de risco, ainda assim, os índices de mortalidade destes recém-nascidos têm sido significativos¹.

A mortalidade neonatal ganhou relevância com a diminuição da taxa de mortalidade infantil decorrente do decréscimo do componente pós-neonatal. As mortes dentro do ambiente hospitalar passaram a responder pela maior proporção dos óbitos infantis².

Mesmo com os avanços da perinatologia, a redução da mortalidade infantil neonatal é ainda difícil, pois está fortemente ligada tanto a fatores biológicos como à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido³. Sua prevenção envolve, principalmente, investimentos em serviços hospitalares exigindo tecnologia mais complexa, bem como ações educativas e de saúde pública⁴.

Várias são as situações pré ou perinatais que levam o RN a ser considerado de risco e necessitar de um acompanhamento mais especializado, exigindo, algumas vezes, a internação em uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN)⁵. Entre estas se pode citar: a prematuridade, o baixo peso ou muito baixo peso ao nascer, malformações congênitas, síndromes genéticas, infecções congênitas, sinais de asfixia perinatal e outras complicações como hiperbilirrubinemia, hipoglicemia e policitemia sintomáticas⁶.

A prematuridade, por si só, constitui um grande problema na saúde pública, por tratar-se de determinante da morbimortalidade neonatal, principalmente em países subdesenvolvidos⁷.

Atualmente a OMS adota a classificação relacionada à idade gestacional do RN especificando que o pré-termo é aquele nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional (ou com menos de 259 dias de gestação), a termo aquele nascido entre 37^a e 41^a semanas e seis dias de idade gestacional, e pós-termo aqueles nascidos com 42 semanas ou mais de idade gestacional. Neste sentido a imaturidade geral pode levar a disfunção em qualquer órgão ao sistema corporal⁹. Sendo assim, o neonato prematuro corre o risco de sofrer uma ampla faixa de problemas, incluindo síndrome do desconforto respiratório, apneia, displasia bronco pulmonar, persistência do canal arterial, termo regulação ineficaz, hiperglicemia, hemorragia intraventricular, disfunção gastrointestinal, retinopatia, hiperbilirrubinemia e infecção⁷.

Por essas considerações é necessário dentro dessa unidade conhecer os fatores que velam os neonatos para a Unidade de Terapia intensiva e assim estabelecer as melhores estratégias assistenciais buscando melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Portanto, o objetivo aqui é descrever os fatores que levam os recém-nascidos para Unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo quantitativo e retrospectivo, desenvolvido numa maternidade pública de referência em Goiânia-GO. O hospital faz parte da rede Municipal de Saúde de Goiânia, é especializado na atenção humanizada em ginecologia, obstetrícia e neonatologia de baixo, médio e alto risco e tem por objetivo o desenvolvimento da assistência à saúde da mulher e da criança, exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atua ainda como um hospital de ensino, pesquisa e extensão, para cursos correlatos a área da saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG).

A amostra foi composta por RNs internados na Unidade de Terapia Intensivo Neonatal na instituição de escolha, no período de janeiro a dezembro de 2017, sendo incluindo todos os RNs que passaram pela UTI no período estabelecido, foram excluídos os RNs que as fichas de coletas (Anexo 1) estavam incompletas.

As variáveis maternas pesquisadas foram idade materna, número de filhos, número de consultas pré-natal, fatores de risco maternos e tipo de parto. Já as variáveis neonatais foram escore de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e idade gestacional, sexo, fatores de risco e peso.

RESULTADOS

O período analisado foi de janeiro a dezembro de 2017 com um total de 259 RNs que passaram pela UTI do Hospital neste período.

| | Número de pacientes (N=259) | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----|
| | N | % |
| IDADE MATERNA | | |
| > 17 | 27 | 10 |
| 18 – 30 | 167 | 65 |
| 31 < | 65 | 25 |
| NÚMERO DE GESTAÇÕES | | |
| 1 | 115 | 44 |
| 2-3 | 103 | 40 |
| < 4 | 41 | 16 |
| CONSULTAS PRÉ-NATAIS | | |
| > 7 | 114 | 44 |
| 8 < | 24 | 9 |
| 0 | 121 | 47 |
| TIPO DE PARTO | | |
| Cesárea | 140 | 54 |
| Normal | 119 | 46 |
| PRINCIPAIS FATORES DE RISCO | | |
| DHEG | 50 | 19 |
| Infecção do Trato Urinário | 49 | 19 |
| Bolsa Rota | 23 | 9 |
| Tabagista | 11 | 4 |
| Diabetes | 7 | 3 |
| Elitista | 6 | 2,5 |
| Drogas Ilícitas | 6 | 2,5 |
| Síndrome De Hellp | 5 | 2 |
| Oligodramnio | 3 | 1 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 1 - Distribuição das características maternas de Rns na UTI do HMDI, Goiânia (GO), Brasil, 2017.

| | Número de pacientes (N=259) | |
|--|-----------------------------|----|
| | N | % |
| SEXO | | |
| Feminino | 113 | 44 |
| Masculino | 146 | 56 |
| IDADE GESTACIONAL | | |
| < 36 semanas | 199 | 77 |
| > 37 semanas | 60 | 23 |
| APGAR 1º | | |
| < 7 | 147 | 57 |
| 8 > | 112 | 43 |
| APGAR 5º | | |
| < 7 | 50 | 19 |
| 8 > | 209 | 81 |
| ICTERÍCIA | | |
| Sim | 228 | 88 |
| Não | 31 | 12 |
| INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA | | |
| Sim | 199 | 77 |
| Não | 60 | 23 |
| INFECÇÃO NN | | |
| Sim | 181 | 70 |
| Não | 78 | 30 |
| APRESENTAÇÃO EM RELAÇÃO À IDADE GESTACIONAL | | |
| AIG | 205 | 80 |
| GIG | 22 | 8 |
| PIG | 32 | 12 |
| FAIXA DE PESO (EM GRAMAS) | | |
| <2.500 | 186 | 72 |
| >2.501 | 73 | 28 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 2 – Distribuição das características dos Rns internados na UTI do HMDI, Goiânia (GO), Brasil, 2017.

DISCUSSÃO

No Brasil, a terapia intensiva neonatal tem progredido de maneira notável nos últimos 20 anos, acompanhando de certa forma a tendência mundial⁷. Avaliar risco torna-se uma tarefa muito difícil, uma vez que o conceito de risco está associado às possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. Especificamente, o conceito de RN de risco surge para que seja possível identificar os graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, bem como os anteriores a eles, além das condições de nascimento destas crianças¹³. Dentre as considerações, os RN de risco são aqueles que apresentam problemas em seu desenvolvimento, sobrevivendo a eventos que os levam a um parto traumático ou prematuro, resultante da influência de fatores biomédicos, tais como os biológicos, genéticos, perinatais, além de fatores ambientais como a interação pais-bebê, situação socioeconômica, situação familiar entre outras¹⁵.

O perfil materno é de mulheres entre 18 e 30 anos com 65% (167), primigesta 44% (115). Brauner et al (2015) a faixa etária materna que mais predominou foi de 30 a 39 anos e primíparas o que compreende a idade fértil da mulher.

A via de parto foi a cirúrgica (cesárea) com 54% (140). Estudos de Lima et al (2015) para descrever os aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos na UTIN de hospital

de referência da região norte do país encontraram genitoras adultas jovens, com pré-natal inadequado (72,6%), partos cesarianos (56,0%) corroborando com esta pesquisa. Silva et al (2015) revela que a via de parto operatória pode ser considerada um procedimento relevante para a redução dos agravos perinatais o que aumenta a sobrevivência dos recém-nascidos fato este encontrado também nos estudos de Tragante (2009) e Pieszak et al., (2013).

Doença hipertensiva gestacional foi o fator de risco mais incidente com 19% (50) seguido das infecções do trato urinário também com 19% (49) discordando Brauner et al (2015) em seus achados encontrou a hipertensão e tabagismo como principais fatores de risco. Prado et al (2017) revelam que gestantes com hipertensão apresentaram 3.47 (IC95%: 1.37 – 8.81) vezes mais chance de ter filho prematuro e 2.55 (1.03 – 6.32) vezes mais chance de ter filho com baixo peso do que aquelas sem fatores de risco à gestação.

O estudo demonstrou um perfil de mulheres de 47% que não fizeram pré-natal e as que fizeram foram menores que 7 consultas, demonstrando dificuldade de adesão ao programa de assistência pré-natal o que impacta diretamente na saúde dos Rns. Kassir et al (2013) revela que a chance de ocorrência de óbitos neonatais é maior no grupo de mães com inadequado pré-natal, revelando como os cuidados de saúde durante a gestação desempenham um papel importante no desfecho. Segundo Moura et al (2011) a hipertensão é ainda a maior causa dos óbitos fetal ou do recém-nascido o que torna importante o conhecimento desta patologia gestacional.

Já o perfil dos Rns é do sexo masculino com 56% (146), com idade gestacional menor de 36 semanas 77% (199) atualmente, o nascimento de crianças pré-termo ainda é uma importante causa de mortalidade perinatal. Estima-se que, anualmente, no mundo, 13 milhões de crianças nascem prematuramente²⁰. A OMS define RNPT, o recém-nascido vivo com menos de 37 semanas, ou seja, menos de 259 dias de gestação, a contar do primeiro dia do último período menstrual, independente do peso ao nascimento¹⁹. Dentre estes fatores que levam a ocorrer um parto pré-termo, estão: a raça, idade, estado nutricional, ganho ponderal na gestação, nível socioeconômico, atividade profissional, tabagismo, uso de drogas, mau passado obstétrico, seguimento pré-natal, anomalias uterinas, intercorrências clínicas e obstétricas, condições fetais, partos, gestação gemelar ou múltipla, ruptura prematura de membranas, malformação fetal, polidrâmnio na gestação, cirurgia abdominal durante a gestação, conização prévia, corioamnionite, hipertermia materna, sangramento uterino, entre outras^{22, 23, 24,25}.

Os RNs tiveram como prevalência apgar do primeiro minuto menor de 7 com 57% (147) e apgar do quinto minuto maior do que 8 com 81%. Ribeiro et al (2009) destaca que o Apgar baixo no 5º minuto é considerado o índice mais acurado para o prognóstico de saúde neurológica da criança e de óbito, o Apgar reflete diretamente as condi-

ções de vitalidade do recém-nascido está relacionado à qualidade da assistência recebida no momento do parto, quanto menor o escore de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, menores as chances de sobrevivência.

No estudo encontrou-se 80% (205) dos RNs com peso menor de 2.500 gramas 72% (182). Diversos autores têm estudado o impacto do peso ao nascimento sobre os níveis de morbidade e mortalidade. Esta variável tem ocupado um lugar de importância quando relacionada à doença e morte no primeiro ano de vida²⁰. O baixo peso ao nascer ocorre devido a múltiplos fatores. Os fatores de risco que contribuem para esta condição são retardo do crescimento intra-uterino, prematuridade, peso materno pré-gestacional inferior a 50 kg, intervalo interpartal menor que 18 meses, história de desnutrição materna, partos prematuros prévios, multiparidade (acima de três filhos), primigesta, BPN prévio, tabagismo ativo e passivo, pouca escolaridade materna, mães adolescentes ou com idade superior a 35 anos, ausência ou insuficiência de pré-natal, hipertensão arterial materna entre outros quais podem interferir isoladamente ou associados⁴. Prematuridade (72%) e baixo peso ao nascer (69%) em estudos realizados por Quaresma et al (2018) foram as principais doenças associadas à internação durante o período neonatal.

Como fatores de riscos apresentam icterícia 88% (228), sabe que a hiperbilirrubinemia ou icterícia do recém-nascido como entidade patológica deve ser prontamente identificada e diferenciada da icterícia fisiológica presente em muitos bebês²³. A concentração levemente elevada de bilirrubina indireta, observada em dois terços dos recém-nascidos, não indica necessariamente uma doença. Contudo, é importante distinguir a icterícia fisiológica da patológica, que se caracteriza como um dos fatores que podem levar a necessidade de internação do RN em UTI neonatal²⁶.

A infecção respiratória aguda esteve presente em 77% (199) e as infecções neonatais em 70% (181). A infecção permanece como a principal determinante de mortalidade no período neonatal estudos realizados por Rolim e Eickmann (2016) mostrou-se que os fatores maternos, entendidos como o uso de antibiótico na gestação e a não realização de pré-natal estiveram relacionados ao surgimento de sepse neonatal para Alves (2011) a sepses é uma complicação devastadora e causa importante de morbimortalidade, evidenciando a necessidade emergente de sistematizar intervenções efetivas.

CONCLUSÃO

O perfil materno é de mulheres entre 18 e 30 anos, primigesta, sem pré-natal, nascido por cesárea, com Doença hipertensiva gestacional como principal fator de risco.

O perfil dos Rns é de meninos, com idade gestacional menor de 36 semanas, com apgar do primeiro minuto menor de 7 e apgar do quinto minuto maior do que 8, ictérico, com infecção respiratória aguda e INN, AIG e com peso menor de 2.500 gramas.

REFERÊNCIAS

- EGEWARTH, C.; PIRES, F. D. A.; GUARDIOLA, A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétricas. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* v. 60, n. 3B, p.755-759, set. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Manual de assistência ao recém-nascido. Brasília: Ministério da saúde, 2010.
- WEIRICH, C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Mortalidade Neonatal um Desafio para os Serviços de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v.3, n.1, jan - jun,2001.
- ALMEIDA, M. F.; JORGE, M. H. P. M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. *Revista Saúde Pública*, v.32, n. 3, p.217-224, jun, 2011.
- BUSKO M.; MURATA P. Neonates in intensive care endure painful procedures,mostly without analgesia. 2008. Disponível em file:///I:\Neonates in intensive care endure painful procedures.without analgesia.htm. Acesso em 22. 09. 2018.
- ARRUE, A. M.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A.; PIESZAK, G. M. Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em UTI neonatal. *REUFSM*. v.3. n.1. 2013.
- BARBOSA, A.R.F. Consequências da prematuridade no sistema respiratório. *Fac. de Med. Univ. Coimbra. Dissertação de mestrado.* Março de 2015.
- NELSON, Waldo E. et al. *Tratado de Pediatria*. 15ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- KENNER, C. *Enfermagem Neonatal*. 2ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2001.
- TRONCHIN, Daisy M. R. TOMA, Edi. Estrutura e organização da Unidade Neonatal: aspectos de enfermagem. In: LEONE, Cléa R.; TRONCHIN, Daisy M. R..*Assistência Integrada ao recém-nascido*. São Paulo: Atheneu, 2001.
- KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M.; BARBEIRA, C. B. dos S. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil –1998-2001. *Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v.11, n. 4, p.436-443, jul/ago.2003.
- SILVA, O. P. V. da, A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e prática*, São Paulo, 2010
- Manual técnico do Ministério da Saúde – Gestação de alto risco – Brasília-DF-2010, Pág. 235;
- COSTA, H. P. F.; MARBA S. T. O recém-nascido de muito baixo peso. *Série Atualizações Pediátricas*, São Paulo: Atheneu, 2004.
- AVERY, G. B.; FLETCHER, A.; MACDONALD, M. G. *Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. 4ed. Rio de Janeiro: Editora Médico Científica,2009.
- GORDON, H. H. *Perspectivas em Neonatologia*. In: AVERY, Gordon. B. *Neonatologia: fisiologia e tratamento do recém-nascido*. Rio de Janeiro: Medsi, 2014.
- LEONE, C. R.; TRONCHIN, D. M. R. *Assistência integrada ao recém-nascido*. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- LANSKY, S.;FRANÇA,E. LEAL,M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, v.36, n. 6, p759 - 772, 2002.
- SPALLICCI M. D. B., et al. Estudo de Algumas Variáveis Maternas Relacionadas com a Prematuridade no Hospital Universitário Da Universidade De São Paulo. *Rev. Med. HU-USP*, São Paulo, v.10, n.1, jan - jun, 2000.
- FREITAS, M. C. *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Gestação de Alto Risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S.E.; PEQUENO, N. P. F.; SILVA, D.G.; SIGULEM, D.M. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em gestante de baixa renda. *Revista de Nutrição*. Campinas, v.16, n. 2, abr-jun. 2003.
- KLIEGMAN, Robert M. O Feto e o Recém-nascido. *Tratado de Pediatria*. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 501 a 538.
- Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. S20-S33, 2004. LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da; CUNHA, C. B. da. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido.
- MARTINS FILHO, José. O Recém-Nascido Pre-termo. In: *Pediatria Essencial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu. 1987. p. 87 a 95.
- RUGOLO, L. M. S. et al. *Manual de neonatologia: Sociedade de Pediatria de São Paulo*. 2 ed. São Paulo: Revinter,2000.

CONSUMO DE ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS E CONDUTAS SEXUAIS EM HOMENS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA EM GOIÁS

CONSUMPTION OF ALCOHOL, OTHER DRUGS AND SEXUAL CONDUCTS IN MEN LIVING IN A STREET SITUATION IN GOIÁS

CAROLINA SANTOS GONÇALVES¹, LILA SPADON¹, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA²

RESUMO

População em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular. O presente trabalho teve por objetivo investigar as práticas sociais desta população no que tange as condutas sexuais e ao consumo de álcool e outras drogas. Para isso foram utilizados questionários fechados por grupos de amostragem. A amostragem compreendeu os internos da Missão Vida, instituição filantrópica que trabalha na recuperação de pessoas em situação de rua. Observou-se a existência de dois grupos distintos, com diferenças quanto ao tipo de droga consumida e aos comportamentos sociais e sexuais. A proposta deste trabalho foi estudar a relação existente entre condutas sexuais e o consumo de álcool e outras drogas na população vivendo em situação de rua em Anápolis. Para isso analisamos os comportamentos de risco relacionados às doenças sexualmente transmissíveis, especificamente as atividades sexuais, ao uso de álcool e outras drogas em indivíduos vivendo em situação de rua em Goiás. A média do início do vício encontrado neste estudo foi de 15,12 anos de idade onde 32,6% relatou ter iniciado o vício por fatores familiares, tais como familiares que utilizam ou são dependentes de álcool ou drogas, uso de álcool em festividades familiares e conflitos familiares. O padrão de dependência encontrado foi de dois grupos distintos, o grupo dos alcoolistas e o grupo dos usuários de crack, com histórico de furtos para comprar drogas, envolvimento com a polícia e relações homossexuais.

**PALAVRAS CHAVE: COMPORTAMENTO DE RISCO, DROGADIÇÃO,
INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA.**

ABSTRACT

The homeless population is a heterogeneous population group consisting of people who have in common the guarantee of survival through productive activities on the streets, interrupted or weakened family ties and irregular living. The present study aimed to investigate the social practices of this population regarding sexual behaviors and consumption of alcohol and other drugs. For this sample groups enclosed questionnaires were used. The sampling involved the internal life of the Mission, a philanthropic institution that works in the recovery of people on the streets. Research has shown the existence of two distinct groups, with differences in the type of drug used and the social and sexual behavior. The purpose of this work was to study the relationship between sexual conduct and the consumption of alcohol and other drugs in the population living on the street in Anápolis. For this, we analyzed risk behaviors related to sexually transmitted diseases, specifically sexual activities, the use of alcohol and other drugs in individuals living on the streets in Goiás. The average onset of addiction found in this study was 15.12 years of age, where 32.6% reported having started the addiction due to family factors, such as family members who use or are dependent on alcohol or drugs, use of alcohol in family festivities and family conflicts. The pattern of dependence found was of two distinct groups, the group of alcoholics and the group of crack users, with a history of thefts to buy drugs, involvement with the police and homosexual relations.

KEYWORDS: RISK BEHAVIOR, DRUG ADDICTION, HOMELESS

1 - Faculdade UniEVANGÉLICA
2 - Doutoranda da UFG

ENDEREÇO

PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail: centrodeestudoshdmi@gmail.com

INTRODUÇÃO

População em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular¹.

A população em situação de rua é uma das mais vulneráveis em relação à transmissão do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis por incluir grupos de alto risco formados por egressos do sistema prisional, usuários de crack e cocaína, profissionais do sexo, grupos minoritários e pessoas com transtornos mentais^{2,3}.

A partir de 2004 o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) propõe o debate e inclui em sua agenda a formulação de políticas públicas voltadas especificamente para a população em situação de rua. Em dezembro de 2009 foi instituída a Política Nacional para a "população em situação de rua" e a criação de um Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento deste grupo populacional. Entre os objetivos da política está o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.

Por muitos anos o cuidado às pessoas em situação de rua esteve fortemente relacionado a organizações não governamentais (ONGs) e a organizações governamentais específicas de alguns municípios. A Missão Vida é uma instituição filantrópica fundada em 1983 que trabalha com pessoas em situação de rua. Conta hoje com seis Centros de Triagem (CT) espalhados pelo Brasil, onde os internos recebem os primeiros cuidados em todas as áreas necessárias para seu restabelecimento físico, psicológico e social. Após um período de terapias ocupacionais, eles são encaminhados para a próxima etapa: O Centro de Recuperação de "Mendigos", desenvolvida em Cocalzinho (GO), o "ex-mendigo" continua participando de terapias ocupacionais, após passar por tratamento médico e odontológico. Neste momento, ele é levado à convivência com outros internos, e passa por um processo de aprendizagem que inclui o restabelecimento de uma rotina diária, com organização do tempo e com atividades voltadas para o trabalho. Ao finalizar essa etapa, o interno é direcionado ao Centro de Reintegração, que fica em Anápolis (GO). Neste momento, a Missão Vida os auxilia na busca por emprego e para que retomem o vínculo com suas famílias. Para isso, são dados cursos de informática, inglês e cursos profissionalizantes.

Nos últimos anos maior atenção tem sido dada à população em situação de rua, tem tido maiores investigações, com pesquisas de caráter censitário, envolvendo e permitindo o desenvolvimento de novos conceitos e metodologias aplicadas, que, efetivamente, mensuram e aprofundam o conhecimento do grupo social⁴. Porém, muitas pesquisas ainda são necessárias para a melhor compre-

ensão dessas pessoas, seus determinantes, suas necessidades e quais as políticas públicas devem estar envolvidas para minorar o sofrimento destas pessoas⁵.

Diante disso, o objetivo deste trabalho avaliar os comportamentos de risco relacionados as doenças sexualmente transmissíveis, especificamente as atividades sexuais, ao uso de álcool e outras drogas em indivíduos vivendo em situação de rua em Goiás. Para isso tentaremos identificar há quanto tempo o indivíduo esteve em situação de rua, conhecer os tipos de dependência vivenciadas por esses moradores, registrar a idade de inserção no vício, conhecer o padrão de consumo de álcool nessa população específica, identificar o tempo máximo de abstinência desde a inserção no vício e identificar as práticas sexuais.

MÉTODOS

O trabalho trata-se de um estudo transversal através de questionário. Inicialmente foi feito um aprofundamento em pesquisas bibliográficas, dentro dos temas de doenças sexualmente transmissíveis, consumo de álcool e substâncias ilícitas em indivíduos em situação de rua, práticas sexuais masculinas nesse mesmo grupo de pessoas. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa de campo na Missão Vida, Anápolis e Cocalzinho, Goiás. Essa pesquisa de campo foi realizada a partir da coleta de dados de internos através de um questionário contendo questões fechadas.

O instrumento utilizado foi elaborado de acordo com as metodologias próprias dos pesquisadores da Universidade Federal de Goiás para a elaboração do projeto "Estudo do consumo de álcool e outras drogas em indivíduos vivendo em situação de rua em Goiás". Os internos foram solicitados a responder o instrumento individualmente, através de entrevista, em consultórios cedidos pela Missão Vida. Ou seja, os discentes e docentes envolvidos nesse projeto, se deslocaram até as unidades da Missão Vida do município de Anápolis e Cocalzinho a fim de colher os dados.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais SPSS, versão 13.0 de 2004. A análise estatística efetivou-se através de testes paramétricos e não paramétricos. Os questionários ficarão guardados durante cinco anos sob responsabilidade do pesquisador responsável. Após este período serão incinerados.

Participaram da pesquisa 200 homens, internos da missão vida que vivem em situação de rua e que se encontravam em tratamento na mesma.

Os entrevistados foram solicitados a responder questionário contendo questões fechadas, sendo esses questionários respondidos nas unidades da missão vida nos municípios de Anápolis e Cocalzinho, Goiás.

Os benefícios deste estudo para os participantes da pesquisa foram o esclarecimento a respeito das doenças sexualmente transmissíveis, através da ação educativa; além disso, durante a entrevista o participante pôde receber esclarecimentos e orientações sobre prevenção e promoção de saúde. Notou-se que os moradores de rua, por

ser uma população extremamente desvalorizada e vulnerável, se sentiriam beneficiados pelo momento de escuta especializada, sendo que muitos aproveitaram a ocasião para desabafar. Quando houve identificação de alguma doença sexualmente transmissível em algum dos participantes, a notícia foi dada aos participantes por profissionais qualificados da enfermagem ou psicologia. Em seguida ele foi orientado a procurar o serviço especializado de saúde, e isso foi feito através de encaminhamento pelo médico, Dr. Benjamim Spadoni, responsável da instituição. A secretaria municipal de saúde foi contactada a fim de estar a par da testagem nos internos e conseqüentemente receber a demanda de pacientes proveniente deste fato, havendo total apoio por parte desta.

O risco da participação dos indivíduos nesta pesquisa envolveu questões de privacidade e confidencialidade, a possibilidade de se sentir constrangido ao responder as perguntas do questionário. Esse risco foi amenizado pela informação por parte do entrevistador de que o participante poderia não responder as perguntas indesejadas. Além disso, foi garantido o absoluto sigilo das informações, pois os respectivos questionários não possuíam a identificação do participante e foram manuseados apenas pelos pesquisadores constantes no presente projeto. No mais, os dados foram tratados estatisticamente de forma coletiva.

Este estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro universitário de Anápolis, cadastrado sob o número 530.475.

RESULTADOS

Todas as tabelas são apresentadas com as porcentagens referentes às informações válidas, excluindo-se os indivíduos que não responderam. Foram totalizados 153 questionários. Em frente a cada variável, será indicado o número total de indivíduos com respostas válidas, sendo a referência para calcular as respectivas porcentagens. No rodapé das tabelas se indicará a porcentagem dos que não responderam.

Na tabela 1, está descrita a procedência dos participantes. Os resultados mostram que a maioria dos sujeitos são da cidade de Brasília, DF (15%), Anápolis, GO (8,4%) e Goiânia, Goiás (7,9%).

| Procedência Participante da Pesquisa | |
|--------------------------------------|---------------|
| Brasília (DF) | 15% (n=23) |
| Anápolis (GO) | 8,4% (n=13) |
| Goiânia (GO) | 7,9% (n=12) |
| Outras cidades (22) | 68,7% (n=105) |

Tabela1- Distribuição da procedência dos participantes da pesquisa realizada na missão Vida, Goiás, 2019.

O tempo de moradia na rua foi em média 500 dias (1,36 anos), tendo como mínimo 1 dia e máximo 18250 dias (50,69 anos), tendo como desvio padrão 3464 dias (9,62 anos). Pelo tamanho do desvio padrão nota-se que o tempo de permanência na rua varia em média de 1 a 10 anos.

A idade em que se deu início ao uso de álcool e outras drogas foi, em média 15,12 anos, sendo a menor idade encontrada de 4 anos, a maior idade de início aos 45 anos, tendo o desvio padrão de 6,47 anos. Isso demonstra que eles iniciaram o uso destas substancias na adolescência e juventude provavelmente entre 9 a 21 anos de idade.

Quanto ao grau de instrução, 46,5% declararam possuir até 9 anos de escolaridade, 28,6% até 12 anos, 24,9% 17 anos de escolaridade. Sendo que, esse último grupo corresponde aos participantes que possuem ensino superior. Ressalta-se que essa porcentagem é mais alta do que a porcentagem total de brasileiros que possuem ensino superior. No entanto, percebe-se que apesar do número significativo de internos com ensino superior, a maior parte não completou o ensino fundamental.

Uma parte significativa (32,6%) relatou ter iniciado o vício por fatores familiares, tais como familiares que utilizam ou são dependentes de álcool ou drogas, uso de álcool em festividades familiares e conflitos familiares. Muitos (28,7%) relataram ter iniciado o uso por curiosidade. Influência de amigos 2,6%; desilusões amorosas 2,6%; outras causas 9,6%, como pode ser visto no Gráfico 1.

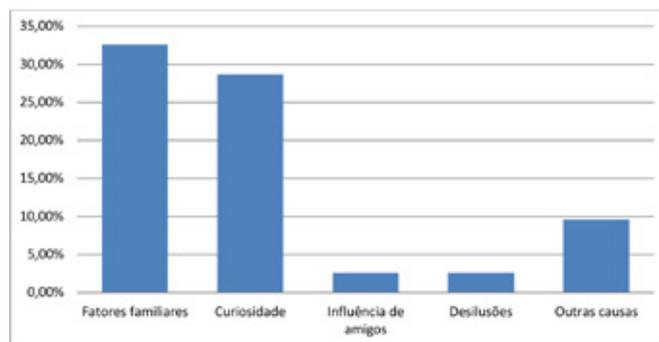


Gráfico 1 - Distribuição dos fatores que levaram ao início do vício dos participantes da pesquisa realizada na missão Vida, Goiás, 2019.

3.1 INTERNAÇÕES E REINCIDÊNCIAS

A maioria dos participantes 54,5% já esteve internada em outras instituições, enquanto que 106 participantes (45,5%) nunca estiveram em outra instituição, ou só esteve internado na missão Vida. Dos que estiveram internados em outras instituições, 21,5% tiveram só uma internação, 11,2% tiveram 2 internações e os outros 40,2% tiveram 3 ou mais, demonstrando uma tendência a múltiplas internações e conseqüentemente a recaídas.

Em relação às internações na missão Vida, 67,2% se encontra internado pela primeira vez, 23,2% é a segunda vez, e os outros 9,4% tiveram 3 ou mais internações. Embora a maioria dos participantes esteja se internando na Missão Vida pela primeira vez, existem 32,6% de internos que retornaram para uma segunda ou terceira internação.

O tempo máximo de abstinência desde o início do ví-

cio após as internações foi em média 9,71 meses, sendo o tempo máximo relatado de 11,15 anos e o mínimo de 0 (dia), tendo como desvio padrão 1,62 anos. Esse dado confirma os demais quanto a frequência de reinternações, indicando que o tempo de abstinência médio é de 1 ano e meio, depois do qual acontece as reincidências.

3.2. PADRÃO DE DEPENDÊNCIA

Perguntamos aos participantes qual é droga na qual eles se consideram viciados, sendo que para cada opção, eles podiam afirmar ou negar o vício na droga citada. Quanto ao álcool, a maioria (79%) declaram ser viciados em álcool e 21% declaram não serem viciados em álcool. 55% declaram ser viciados em crack, em relação a maconha, 42,2% declaram ser viciados em maconha, e 35,4% declaram ser viciados em cocaína. Tais valores podem ser melhores visualizados no Gráfico 2. Percebe-se que a maioria é dependente de álcool e crack que são drogas baratas e de fácil acesso no Brasil, sendo que o uso do crack não é legalizado, enquanto que o álcool é de uso livre para maiores de 18 anos.

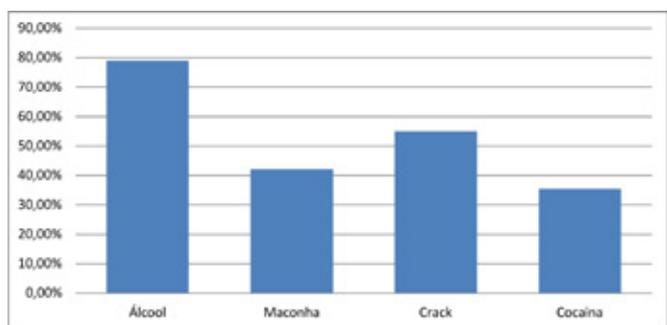


Gráfico 2 - Distribuição das drogas considerada como vício pelos participantes da pesquisa realizada na missão Vida, Goiás, 2019.

Realizou-se uma série de testes qui-quadrados a fim de verificar as associações de vícios entre as drogas. Inicialmente analisamos as drogas que são associadas ao uso do crack. 73% relatam associar crack com maconha ($p < 0,05$), 65,9% dos usuários de crack relatam fazer uso concomitante de álcool ($p < 0,05$), 59,5% relatam associar crack com cocaína ($p < 0,05$).

O uso do crack associado ao uso de álcool, maconha e cocaína deve-se principalmente ao efeito desses dois, álcool e maconha, de depressão do sistema nervoso central, e a cocaína ao seu efeito estimulante. As demais drogas, presentes no questionário, associadas ao crack, não foram significativas. O usuário de álcool utiliza menos o crack do que o usuário de crack usa o álcool, ou seja, existe um padrão de polidrogadição nos usuários de crack que geralmente não se apresenta nos usuários de álcool.

| Drogas de uso | Drogas de associação |
|---------------|--|
| Crack | Maconha (73%), Álcool (65,9%), Cocaína (59,5%) |
| Maconha | Crack (85,2%), cocaína (67,6%) |
| Cocaína | Crack (92,6%), Maconha (90,1%) |
| Álcool | Crack (45,9%) |

Tabela 2- Distribuição da associação de substâncias relatadas pelos participantes da pesquisa realizada na missão Vida, Goiás, 2019.

Quanto as associações de uso de drogas relacionadas a maconha, 85,2% dos usuários de maconha utilizam crack ($p < 0,05$). 67,6% dos usuários de maconha utilizam cocaína ($p < 0,05$).

De acordo com as associações entre o uso de outras drogas com a cocaína, observou-se que 92,6% dos usuários de cocaína utilizam o crack ($p < 0,05$), 90,1% dos usuários de cocaína utilizam maconha ($p < 0,05$).

A associação única significativa encontrada em usuários de álcool com outras drogas foi que 45,9% dos usuários de álcool utilizam o crack ($p < 0,05$).

Portanto, observa-se que provavelmente existam dois grupos distintos quanto ao uso das drogas de abuso, sendo o grupo do alcoolista, que geralmente utiliza apenas o álcool e o grupo do usuário do crack, que geralmente é polidrogadito, ou seja, utiliza várias drogas juntamente com seu vício principal que é o crack.

3.3. COMPORTAMENTOS E CONSEQUÊNCIAS

Quando questionados sobre seus comportamentos e as consequências do uso das drogas, observou-se um padrão de furtos para conseguir trocar ou comprar drogas. Daqueles que já furtaram, para comprar drogas, 74,8% são viciados em crack; 65,8% em maconha e 53,2% em cocaína. Com o álcool não houve significância estatística.

Dos indivíduos questionados e que já tiveram envolvimento com a polícia, 70,3% são usuários de crack, 64,9% maconha e 50,8% cocaína. O álcool não mostrou significância estatística.

Na pergunta a respeito de associação entre algum acidente e tipo de droga não houve significância estatística.

3.4. COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS MORADORES DE RUA

O estudo tem um tamanho de amostra de 153 moradores de rua, dos quais 45 (29,41%) afirmaram serem usuários apenas de álcool e 108 (70,58%) serem usuários de outras drogas, inclusive de álcool. Desses 153 indivíduos, 47 afirmaram já terem tido relação sexual homossexual (30,71%), enquanto que 106 (69,28%) afirmaram nunca terem tido ($p < 0,05$).

Quando trata a população alcoólatra 17,7% já teve relação homossexual enquanto que 82,3% não tiveram, enquanto que na população de poliviciados 36,11%

já tiveram relação homossexual e 63,89% não tiveram ($p < 0,05$). Sendo assim, é possível afirmar que na população de poliviciados mais homens já tiveram relação homossexual do que na população de viciados em álcool.

Quando se analisa a população de poliviciados separando aqueles que utilizam o crack, 38,02% já tiveram relação homossexual, enquanto que 61,98% não tiveram ($p < 0,05$). Separando os que usam maconha e já tiveram relação homossexual e os que usam cocaína e já tiveram relação sexual não foi possível obter uma relação com significância estatística. Ou seja apenas o uso do crack é relacionado a prática homossexual.

Ao se traçar o perfil desse homem que já teve relação homossexual foi identificado que 68,08% desses homens que já tiveram relação homossexual já foram ou são casados, ou viveram maritalmente com alguém ($p < 0,05$). Sendo que do total de homens da pesquisa que já tiveram relação homossexual, 90,69% encontram-se hoje solteiros, 8,51% encontram-se casados e 2,12% separado, sendo que essa última relação não teve significância estatística. Outro aspecto que trata esse homem é que 80% desses possuem filhos e outros 20% não possuem ($p < 0,05$).

Quando perguntado a esse homem que teve relações homossexuais se ele usa ou usava preservativo nas relações (tanto nas relações homo ou heterossexuais), 63,82% responderam que sim, enquanto que 36,18% responderam que não usam ou usavam ($p < 0,05$). E quando perguntado de que maneira, 76,59% desses afirmaram ser as vezes que a utilizavam, 8,51% que a utilizavam sempre e 14,89% que nunca utilizaram camisinha ($p < 0,05$).

Quando perguntado se já tiveram alguma DST, após os pesquisadores terem explicado o que são DST e exemplificado por suas nomenclaturas populares, 48,93% afirmaram já terem tido alguma DST e 51,06% nunca terem tido ou desconhecer ($p < 0,05$).

Quando perguntado a essa população que já teve relação homossexual se antes ou depois de suas relações sexuais (independente se homossexual ou heterossexual) ele ingeria bebida alcoólica, 10,86% afirmaram que nunca, 32,60% afirmaram que tal situação acontecia de vez em quando e 56,52% afirmaram que sempre faziam ingestão de álcool antes, durante ou depois das relações. Quanto às drogas ilícitas, quando perguntado se antes ou depois das relações sexuais (independente se homossexual ou heterossexual) o indivíduo fazia uso de drogas ilícitas, 29,78% afirmaram que nunca, 27,65% que às vezes e 42,55% que sempre. Porém essas duas relações não tiveram significância estatística.

Quando perguntado a essa população que já teve relação homossexual se eles já tinham tido relação com alguém com alguma DST, 36,17% afirmaram que sim, 59,57% afirmaram que não e 4,25% não quiseram responder a essa pergunta ($p < 0,05$).

Quando perguntado a essa população que já teve

relação homossexual se já tiveram relação com profissional do sexo (independente do sexo), 85,10% afirmaram que já tiveram, 12,76% que nunca tiveram e 4,25% não quiseram responder ($p < 0,05$).

Quando perguntado a essa população que já teve relação homossexual se já tiveram relação sexual com usuárias de drogas, 85,10% afirmaram que sim e 14,89% que não ($P < 0,05$).

Quando perguntado a essa população que já teve relação homossexual se já furtou para comprar drogas, 59,57% afirmaram que sim e 40,42% afirmaram que nunca ($p < 0,05$). Sendo que foram feitas perguntas se esses já estiveram envolvidos com a polícia e com acidentes, porém, tais relações não tiveram significância estatística.

DISCUSSÃO

A maioria dos usuários iniciou seu vício na idade média de 15,12 anos de idade, portanto, na sua adolescência e juventude. Esses dados corroboram com o estudo feito em Terezina – PI, que mostra que 57,1% dos adolescentes estudados, haviam iniciado o consumo de drogas com idade entre 14 e 16 anos⁶.

Uma parte significativa dos entrevistados, (32,6%), relatou ter iniciado o vício por fatores familiares, tais como familiares que utilizam ou são dependentes de álcool ou drogas, uso de álcool em festividades familiares e conflitos familiares. Essa relação está descrita por Santos (1997) quando descreve que o uso de drogas geralmente está associado à fuga de alguma realidade, buscando nas drogas algum tipo de compensação pela fragilidade de seus vínculos familiares e é também descrita por Nasser (2001)⁷ que traz a bebida como um hábito familiar e que é incentivado e observado desde a primeira infância.

Quanto ao padrão de dependência observado nos indivíduos vivendo em situação de rua nota-se a existência de dois grupos distintos, sendo o grupo dos alcoolistas e o grupo dos usuários de crack, que geralmente, são polidrogaditos.

Na amostra utilizada, 79% são dependentes de álcool e 55% são dependentes de crack. De acordo com esses grupos, observa-se que os alcoolistas geralmente não estão envolvidos com furtos e roubos, pois o vício geralmente é barato, situação também descrita por Varranda e Adorno (2004)⁸. No grupo dos polidrogaditos, no qual a maioria dos usuários tem como droga principal o crack, observa-se que dos que já furtaram, para comprar drogas, 74,8% são viciados em crack; 65,8% em maconha e 53,2% em cocaína e ainda dos indivíduos questionados, que já tiveram envolvimento com a polícia, 70,3% são usuários de crack, 64,9% maconha e 50,8% cocaína reforçando o que Bordin, Figlie & Laranjeira (2004)⁹ mostraram em seu trabalho, que os usuários de crack são mais propensos à ruptura de vínculos familiares e a ter atividades sociais inadequadas e ilícitas.

tas, como furtos e roubos.

Nos usuários de crack, há um maior predomínio nas relações homossexuais 36,11%, do que no grupo dos usuários apenas de álcool, 17,7%. Esses dados reforçam o que Bordin, Figlie & Laranjeira (2004)⁹ abordam, dizendo que os usuários de crack possuem um comportamento sexual de risco, o que é reforçado também pelos dados encontrados, uma vez que 76,59% desses homens às vezes usam preservativo em suas relações sexuais e 14,89% nunca fazem uso do mesmo e ainda fazem do sexo moeda de troca para a obtenção da droga.

As práticas homossexuais não indicam, na maioria dos casos, a escolha sexual daquele indivíduo, e isso é reforçado pelo número de pessoas que já viveram maritalmente com alguém, 68,8% e reforçado pelos casos em que os entrevistados têm filhos, 80%, mostrando que possivelmente esses indivíduos em situação de rua encontram-se muito fragilizados e acabam usando seu corpo, se prostituindo, pela droga, ou para satisfação imediata, ideia compartilhada por Varanda e Adorno (2004)⁸.

Percebe-se com esse estudo indícios de que existem dois grupos entre os indivíduos que vivem em situação de rua. Um grupo é formado predominantemente por homens mais velhos, alcoolistas e que possuem pouco envolvimento com a polícia ou envolvimento em atividades ilícitas como furtos ou roubos. Além disso, esse grupo provavelmente não tem o hábito da troca do sexo para manter seu vício. Sendo que, não tem o hábito de praticar sexo homossexual.

No outro grupo predomina indivíduos mais jovens, polidrogaditos, cuja droga principal de uso é o crack. Tais indivíduos possuem maior envolvimento com a polícia e parecem buscar em atividades como furtos e roubos uma forma de manter o vício. Pode ser que esse grupo tenha como conduta usar o sexo como meio de troca pelas drogas, pois relatam praticar o sexo homossexual.

Sugere-se novos estudos para a caracterização desses dois grupos de moradores de rua por tipo de adicção: os polidrogaditos e os alcoolistas. Nesse sentido foi encaminhado para o programa PIBIC/CNPq projeto de iniciação científica que dá continuidade a esse trabalho com o título: Representações sociais da droga e neuroticismo em moradores de rua: estudo comparativo entre usuários de crack e de álcool.

Uma limitação do presente estudo foi que não perguntamos ao usuário de crack se o sexo homossexual ou o roubo e furto tinha como objetivo a obtenção da droga. Em grupos focais realizados na mesma população por Spadoni et al (2014)¹⁰ foi constatado que tais comportamentos objetivam a aquisição das drogas.

Este estudo possui relevância para a formulação de políticas públicas que contemplarão uma abordagem holística dessa população, visto que essas políticas devem considerar as diferenças e similaridades dos indivíduos em situação de rua que compõem cada um desses grupos. Identificando as condutas, normas e

comportamentos prescritos por cada grupo, procurando a linguagem apropriada e construindo as estratégias de redução de dano e intervenções de acordo com suas particularidades.

CONCLUSÃO

A proposta deste trabalho foi estudar a relação existente entre condutas sexuais e o consumo de álcool e outras drogas na população vivendo em situação de rua em Anápolis. Para isso analisamos os comportamentos de risco relacionados às doenças sexualmente transmissíveis, especificamente as atividades sexuais, ao uso de álcool e outras drogas em indivíduos vivendo em situação de rua em Goiás.

A média do início do vício encontrado neste estudo foi de 15,12 anos de idade onde 32,6% relatou ter iniciado o vício por fatores familiares, tais como familiares que utilizam ou são dependentes de álcool ou drogas, uso de álcool em festividades familiares e conflitos familiares. O padrão de dependência encontrado foi de dois grupos distintos, o grupo dos alcoolistas e o grupo dos usuários de crack, com histórico de furtos para comprar drogas, envolvimento com a polícia e relações homossexuais.

REFERENCIAS

- BRASIL. Portaria no 2.197, de 14 de Outubro de 2004: Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. 2004.
- OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000600002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.
- WEISER, S. D. et al. Gender-Specific Correlates of Incarceration Among Marginally Housed Individuals in San Francisco. *American Journal of Public Health*, v. 99, n. 8, p. 1459-1463, ago. 2009. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2008.141655>>.
- POUSA JUNIOR, E. F. Políticas públicas para inclusão social dos moradores em situação de rua. Um resgate por cidadania. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/18448/politicas-publicas-para-inclusao-social-dos-moradores-em-situacao-de-rua>>.
- FERREIRA, F. P. M. População em Situação de Rua, Vidas Privadas Em Espaços Públicos: O Caso De Belo Horizonte 1998-2005. (F. P. M. Ferreira, Ed.) In: *Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira*, Anais... Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <<https://ideas.repec.org/h/cdp/diam06/096.html>>.
- MONTEIRO, C. F. de S. et al. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 3, p. 344-348, 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4105>>.
- NASSER, A. C. A. "Sair para o mundo" - Trabalho, Família e Lazer na vida de excluídos. São Paulo: Hucitec, 2001.
- VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 56-69, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100007&lng=pt&tlng=pt>.
- BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Cocaína e Crack. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Ed.). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004. p. 68-83.
- SPADONI, L. M. et al. Psychologie politique et législation: normes, représentations sociales et pratiques du nom du père. *Bulletin de psychologie*, v. Numéro 518, n. 2, p. 141, 2012. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2012-2-page-141.htm>>.

SÍNDROME HIPERTENSIVA NA GESTAÇÃO: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

HYPERTENSIVE SYNDROME IN PREGNANCY: ASSOCIATED RISK FACTORS

DANILO SILVA ALMEIDA¹, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA², TÁRIK KASSEM SAIDAH³,
WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁴

RESUMO

Introdução: A síndrome hipertensiva gestacional tem um destaque no cenário da saúde pública em todo o mundo. Correspondendo como uma das principais causas de morte materna mundial. **Objetivo:** Avaliar os fatores de risco para hipertensão na gestação e correlacionar seu comportamento nos casos que são realizado cesariana de emergência. **Métodos:** Estudo caso controle realizado em 292 gestantes submetidas a cesarianas no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018. **Resultados** O perfil materno foi de gestantes entre 19-35 anos, multíparas, que realizaram pré-natal com número maior de 7 consultas e que chegaram a idade gestacional maior de 37 semanas. Os fatores de risco maternos para doença hipertensiva na gestação foi a nuliparidade, idade gestacional menor de 37 semanas. Perfil recém nascido: feminino, > de 2500 kg, apgar de 1° > de 7, apgar de 5° >7 e que tiveram o destino o alojamento conjunto. **Fatores de risco fetais:** peso > 2500Kg e apgar 1° < 7. **Conclusão:** Os fatores de risco para hipertensão apresentados neste estudos após análise multivariada foi nuliparidade e idade gestacional < de 37 semanas para gestantes e peso > 2500Kg e apgar 1° < 7 para neonatos. O perfil materno traçado foi de gestantes entre 19-35 anos, multíparas, que realizaram pré-natal com número de consultas > de 7, idade gestacional > de 37 semanas com fetos únicos. Já o perfil neonatal foi de bebês do sexo feminino, > de 2500 kg, apgar de 1° > de 7, apgar de 5° >7 e que tiveram o destino o alojamento conjunto.

PALAVRAS CHAVE: HIPERTENSÃO. GESTAÇÃO. FATOR DE RISCO.

ABSTRACT

Introduction: Gestational hypertensive syndrome has a prominence in the worldwide public health scenario, corresponding to one of the world's leading maternal deaths. **Objective:** To evaluate risk factors for hypertension in pregnancy. **Methods:** case control study conducted in 292 pregnant women who underwent cesarean sections from January 2018 to December 2018. **Results:** The maternal profile was of multiparous pregnant women aged 19-35 years, who underwent prenatal care with a greater number of women, 7 consultations reaching gestational age greater than 37 weeks. Maternal risk factors for hypertensive disease in pregnancy were nulliparity, gestational age less than 37 weeks. Fetal profile: female, >2500 kg, apgar of 1° >7, apgar of 5° >7 and whose destination was joint accommodation. Fetal risk factors: weight > 2500Kg and apgar 1° <7. **Conclusion:** The risk factors for hypertension presented in these studies after multivariate analysis were nulliparity and gestational age <37 weeks for pregnant women and weight > 2500Kg and apgar 1° <7 for newborns. The Maternal profile traced was of multiparous pregnant women between 19-35 years old, who had prenatal care with consultations >7, gestational age >37 weeks with single fetuses. Already the neonatal profile was female babies, >2500 kg, apgar 1° >7, apgar 5° >7 and whose destination was the joint housing.

KEYWORDS: HYPERTENSION. GESTATION. RISK FACTOR.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase fisiológica que ocorre na vida da maioria das mulheres, porem em alguns casos podem ocorrer agravos à saúde, a hipertensão gestacional

representa uma significativa importância para a equipe multidisciplinar, pois aborda uma das intercorrências clínicas mais comuns durante a gravidez, com maior risco de mortalidade materna e fetal¹.

1 – Residente da maternidade Dona Íris de Goiás
2 – Doutorandas da UFG
3 – Faculdade Unievangélica
4 – Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail: centrodeestudoshdmi@gmail.com

Sabe-se que a hipertensão arterial é um fator importante que pode provocar morte materna e fetal. Aproximadamente 3% das mulheres possuem hipertensão arterial crônica sendo que 10% destas interferem na gestação².

A hipertensão na gravidez recebe o nome de síndrome hipertensiva gestacional caracterizado em níveis iguais ou superior a 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica. A Síndrome hipertensiva gestacionais são classificadas em hipertensão crônica, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia³.

É definida como a presença de hipertensão arterial transitória na gestação, com a inatividade de proteinúria e normalização da pressão arterial após décima segunda semana da gravidez, acaba sendo mais correlacionados com a recorrência em futuras gestações dessas mulheres e com um aumento de risco no desenvolvimento de doenças cardíacas.

A hipertensão gestacional é mais propícia, a pacientes com alguns existentes fatores patológicos ou fisiológicos, como doença renal, diabetes, gravidez múltipla, obesidade, primariedade, mulheres com idade superior a 30 anos, antecedentes familiares com histórico da doença e mulheres de cor negra⁴.

São muitos os problemas associados a hipertensão arterial na gestação alguns são provocados diretamente da própria situação clínica ou, outras vezes, resultado de abordagens terapêuticas inadequadas. Para a gestante as principais complicações são: encefalopatia hipertensiva, a falência cardíaca, o grave comprometimento da função renal, a hemorragia retiniana, as doenças relacionadas a coagulação do sangue e a associação com a pré-eclâmpsia. Sobre o feto incide maior risco de restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, sofrimento e morte intraútero. São maiores também as incidências de recém-nascidos com baixo peso e prematuro. Todas essas incidências acabam por elevar uma cesárea de emergência⁵.

O objetivo deste estudo é avaliar os fatores de risco para hipertensão na gestação e correlacionar seu comportamento nos casos que são realizados cesariana na emergência

MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo caso controle por meio da análise de dados do registro de entrada das pacientes no centro cirúrgico, realizado em mulheres submetidas a cesarianas no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018 no Hospital e maternidade Dona Íris, situado em Goiânia-GO.

Foram analisadas 133 pacientes com hipertensão e que precisaram de cesárea de urgência e 159 pacientes que realizaram cesárea com indicação de cesárea prévia, totalizando 292 gestantes.

Os dados foram digitados e manipulados em Excel,

para posterior tratamento dos dados utilizando o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) do Windows (versão 21.0).

As variáveis foram apresentadas como valor absoluto e percentual.

A análise de regressão logística foi usada para a análise univariada a fim de identificar os possíveis fatores de risco para DHEG, uma vez identificados considerando fatores de risco, foi realizado uma análise multivariada para confirmação dos fatores de risco.

Na análise Multivariada foi considerado nível de 95% de confiança, ou seja, $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Os aspectos éticos foram fundamentados na Resolução n. 466/2012 e os direitos dos participantes assegurados. A presente passou pela aprovação do Comitê de Ética indicado pela Plataforma Brasil. CAEE: 18187819.6.0000.8058.

RESULTADOS

O estudo foi realizado em mulheres submetidas a cesariana no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018. Foram analisadas 133 pacientes com hipertensão e que precisaram de cesárea de urgência e 159 pacientes que realizaram cesárea com indicação de cesárea prévia, totalizando 292 gestantes.

| Variável | DHEG (n/%) | Total | OR IC95% | p | OR*IC 95% | p |
|--------------------------|------------|-------|-------------------|---------|--------------------|---------|
| Idade | | | | | | |
| <18 | 9/60,2 | 13 | | | | |
| 19-35 | 93/42,3 | 220 | | | | |
| >36 | 30/52,6 | 57 | 1,06(0,65-1,74) | 0,806 | - | - |
| Paridade | | | | | | |
| NULIPARA | 46/85,2 | 54 | 10,02(4,52-22,24) | < 0,001 | 8,41 (3,63-19,53) | < 0,001 |
| MULTIPARA | 86/36,4 | 236 | | | | |
| Pré natal | | | | | | |
| Sim | 131/45,8 | 286 | 2,53(0,26-24,67) | 0,423 | - | - |
| Não | 1/25,0 | 4 | | | | |
| Quant.de Consulta | | | | | | |
| <6 | 60/44,8 | 134 | | | | |
| >7 | 72/46,2 | 156 | 1,06(0,66-1,68) | 0,814 | - | - |
| Idade Gestacional | | | | | | |
| <37 | 36/78,3 | 46 | 5,55(2,6-11,70) | < 0,001 | 3,66 (1,55 – 8,67) | < 0,001 |
| >37 | 96/39,3 | 244 | | | | |
| Número de Fetos | | | | | | |
| Único | 130/45,3 | 287 | | | | |
| Gemelar | 2/66,7 | 3 | 2,41(0,22-26,94) | 0,474 | - | - |

* Ajustado (análise multivariada).

Tabela 2 – Distribuição dos fatores de riscos relacionados a condições do neonato ao nascimento, filhos de Gestantes submetidas a cesarianas no Hospital e Maternidade Dona Íris, Goiânia, 2019.

| Variável | DHEG (n/%) | Total | OR IC95% | p | OR*IC 95% | p |
|----------------|------------|-------|------------------|---------|-------------------|-------|
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 69/44,2 | 156 | | | | |
| Masculino | 63/47,0 | 134 | 1,12(0,70-1,78) | 0,635 | - | - |
| Peso | | | | | | |
| >2500 | 99/39,6 | 250 | | | | |
| <2500 | 33/82,5 | 40 | 7,10(3,06-16,89) | < 0,001 | 3,72 (1,31-10,58) | 0,014 |
| Appar 1 | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|----------|-----|-----------------|---------|--------------------|-------|
| <7 | 41/71,9 | 57 | 3,99(2,12-7,54) | < 0,001 | 3,72 (1,73 – 7,99) | 0,001 |
| >7 | 91/39,1 | 233 | | | | |
| Apgar 2 | | | | | | |
| <7 | 5/55,6 | 9 | 1,52(0,40-5,77) | 0,542 | - | - |
| >7 | 127/45,2 | 281 | | | | |
| Destino do RN | | | | | | |
| Alcon | 113/42,8 | 264 | | | | |
| Sala de Cuidados/UTI/ÓBITO | 19/73,1 | 26 | 3,6(1,47-8,92) | 0,005 | 0,55 (0,16 – 1,89) | 0,345 |

^a Ajustado (análise multivariada).

Tabela 1 - Distribuição dos fatores de riscos para a DHEG em Gestantes submetidas a cesarianas no Hospital e Maternidade Dona Iris, Goiânia, 2019.

DISCUSSÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é uma das principais causas de mortalidade materna. A hipertensão arterial que se inicia e termina na gravidez ainda não foi totalmente estudada Costa et al., (2003)⁶ acredita que ainda não se conhece a sua origem, apesar de tantos estudos existentes na busca de desvendarem este mistério. Sabe-se que existe alguns fatores de risco definidos, como é o caso do primeiro parto conhecido por nuliparidade. Outro fator de risco é a idade materna, porém alguns estudos negam estes fatores e revelam que os extremos do período procriação que eleva os riscos das síndromes hipertensivas. Guerreiro et al., (2015) ao investigar a prevalência de mortalidade materna decorrentes da DHEG em mulheres internadas em uma maternidade do Estado do Pará, no período de 2009 a 2012, encontrou um perfil de gestantes entre 20 a 29 anos (48,5%), nível fundamental incompleto (39,4%), possuíam união estável (48,5%), eram pardas (60,6%), do lar (39,4%), o óbito ocorreu no puerpério (81,8%) e também relaciona a DHEG com a nuliparidade.

Já Gonçalves et al., (2005)⁷ que avaliaram 604 prontuários de mulheres internadas e identificados 22, nos quais o diagnóstico médico foi DHEG, delas 45,45% eram adolescentes e 40,90% nulíparas. Em 86,36% a patologia ocorreu após a 20^a. semana de gestação e as principais complicações identificou-se a eclampsia, a crise hipertensiva, o óbito fetal intrauterino, o óbito neonatal, o sofrimento fetal crônico e a prematuridade.

O perfil encontrado neste estudo foi de gestantes entre 19-35 anos, múltíparas, que realizaram pré-natal com número maior de 7 consultas e que chegaram a idade gestacional maior de 37 semanas e com fetos únicos.

Estes estudos corroboram com a pesquisa que traçou como fatores de riscos maternos para doença hipertensiva a nuliparidade e a idade gestacional menor de 37 semanas.

Para Moura et al., (2010)⁸ outros fatores de risco predominantes são: baixa escolaridade, baixa renda familiar, antecedente pessoal e familiar de hipertensão crônica, dieta hipercalórica, hipoprotéica e hipersódica.

Assis et al., (2008)³ realizaram um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

(HC-UFG), em 2005. Demostrou que dos 890 partos na Maternidade do HC-UFG, e 129 gestantes apresentaram diagnóstico de Síndrome Hipertensiva na Gravidez sendo a obesidade como fator de risco à pré-eclâmpsia. Já a Idade acima de 30 anos foi fator de proteção para pré-eclâmpsia.

Normalmente as mulheres apresentam edema na gravidez e para Páscoa et al., (2012)⁹ este evento isolado não deve ser considerado como diagnóstico de pré-eclâmpsia sabe-se que o edema é uma consequência inerente a gravidez.

Amaral e Peraçoli (2011)¹⁰ a assistência deve ser voltada para impedir que a doença se agrave e assim, reduzir a morte materna.

O perfil fetal deste estudo foi de recém-nascidos do sexo feminino, pelo > de 2500 kg, apgar de 1 > de 7 e de 5 >7 e que foram encaminhados para o alojamento conjunto. Os fatores de risco fetais de mães com Dheg foram RN com peso menor de 2500Kg e com apgar 1 menor que 7. Ferrão et al., (2006)¹¹ revisaram 200 prontuários de gestantes com síndrome hipertensiva na gestação e encontrou nesse grupo como repercussões fetais um menor peso dos recém-nascidos e menor índice de Apgar quando comparado ao grupo controle.

Já Chaim et al., (2008)¹ ao analisarem estudos em recém-nascidos, 93,4% foram nativos, 81% apresentaram peso > 2.500g, 10,6% eram prematuros, 68,1% adequados para idade gestacional, índice de apgar 1.0 e 5.0 minutos > 7 em 84,0% e 99,2%, respectivamente.

Araújo et al., (2017)¹² apresentam como fatores de risco para SHG o excesso de peso (n= 1408, 75,4%), primeira gravidez (n=827, 44,3%) e multiparidade (n=686, 36,7%) já em relação ao estado do feto, 30,9% (n=576) eram prematuros.

As síndromes hipertensivas na gestação para Oliveira et al., (2006)¹³ aumentam o risco para desfecho perinatal desfavorável (PIG, Apgar baixo no 1º e 5º minutos, infecção neonatal, SAM, prematuridade e SAR). Dentre as síndromes hipertensivas gestacionais, especial atenção deve ser dada à pré-eclâmpsia ou doença hipertensiva específica da gravidez que ocorre como forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica, pois estão ligados aos piores resultados maternos e perinatais. Moura et al., (2011)⁸ o adequado controle pré-natal com seguimento rigoroso da gestante é a única forma de reduzir a mortalidade materna e perinatal. O uso de recurso de imagem como a dopplervelocimetria permite ao examinador diagnosticar insuficiência placentária e avaliar as condições circulatórias materno-fetal de forma segura e não invasiva.

CONCLUSÃO

O perfil materno traçado foi de gestantes entre 19-35 anos, múltíparas, que realizaram pré-natal com número de consultas > de 7, idade gestacional > de 37 semanas com fetos únicos. Já o perfil neonatal foi de bebês do

sexo feminino, > de 2500 kg, apgar de 1° > de 7, apgar de 5° >7 e que tiveram o destino o alojamento conjunto.

Os fatores de risco para hipertensão apresentados neste estudos após análise multivariada foi nuliparidade e idade gestacional < de 37 semanas para gestantes

Os fatores de risco quanto ao recém nascido foram peso > 2500Kg e apgar 1° < 7 para neonatos.

REFERÊNCIAS

1. CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-58, Mar. 2008.
2. CARNIDE, C; BRANQUINHO, M; ALMEIDA, J; BARATA, C; SILVA, I. Hipertensão arterial na gravidez: considerações para o seu diagnóstico. *Acta Obstet Ginecol Port*, v. 2, n. 1, 2008.
3. ASSIS, T. R.; RASSI, S.; VIANA, F. P. Complicações perinatais das síndromes hipertensivas da gestação. Goiânia, 2010
4. CAVALLI, R. C; DUARTE, G; SANDRIM, V. C; SANTOS, J. E. T. Predição de pré-eclâmpsia. Guanabara: Rio de Janeiro, 2009.
5. TEDESCO, R. P.; FILHO, N. L. M.; MATHIAS, L.; BENEZ, A. L.; CASTRO, V. C. L.; BOURROUL, G. M; REIS, F. I. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, v.26, n.10, nov-dez, 2004.
6. COSTA, H. L. F. F; COSTA, C. F. F; COSTA, L. O. B. F. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. *RBGO*, v. 25, n. 9, 2003.
7. GONCALVES, R; FERNANDES, R. A. Q; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 1, p. 61-64, Feb, 2005.
8. MOURA, M. D. R. et al Hipertensão arterial na gestação: importância do seguimento materno no desfecho. *Comun. ciênc. saúde*, v. 22, sup. esp. 1, p:113-120, 2011.
9. PASCOAL, I. F. Hipertensão e gravidez. *Rev Bras Hipertens*, v. 9, n. 3, 2002.
10. AMARAL, W. T; PERAÇOLI, J. C. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. *Com. Ciências Saúde*, v. 22, Sup 1, 2011.
11. FERRÃO, M. H. L. et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 52, n. 6, p. 390-394, 2006.
12. ARAÚJO, I. F. M. et al. Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. *Rev. enferm. UFPE on line*; v. 11, supl.10, p:4254-4262, 2017.
13. OLIVEIRA, C. A. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, Recife, v. 6, n. 1, p: 93-98, jan. / mar., 2006.

SARCOMA MAMÁRIO - TUMOR FILODES MALIGNO. RELATO DE CASO

MAMMARY SARCOMA - MALIGNANT PHYLLODES TUMOR - CASE REPORT

BÁRBARA DE ASSIS BARBOSA¹, ELAINE XAVIER MACHADO², LEANDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA³, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA⁴, ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO⁴, SEBASTIÃO ALVES PINTO⁶, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA⁶

RESUMO

O presente artigo relata um caso de uma paciente de 49 anos com tumor filoides maligno de baixo grau de grandes dimensões. É um raro tipo de sarcoma mamário que apresentou evolução satisfatória com tratamento cirúrgico sem a necessidade de quimioterapia.

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR FILOIDES, SARCOMA.

ABSTRACT

This article reports a case of a 49-year-old female patient with a large, low-grade malignant phylloid tumor. It is a rare type of breast sarcoma that has presented satisfactory evolution with surgical treatment without the need for chemotherapy.

KEYWORDS: PHYLOID TUMOR, SARCOMA.

INTRODUÇÃO

Sarcomas da mama constituem um grupo histopatologicamente heterogêneo, que surgem a partir do tecido conjuntivo mamário. Podem desenvolver primariamente na mama ou após radioterapia mamária ou, ainda, relacionados a linfedema do membro superior/mama, decorrente de tratamento de outra neoplasia maligna¹.

O tipo mais comum após terapia prévia na mama é o angiossarcoma.

No grupo dos sarcomas da mama encontra-se o tumor filodes. Mais frequente entre os 30 e 50 anos, podendo ou não estar associado aos fibroadenomas².

Apesar da apresentação infrequente na mama, existem relatos de casos de linfomas primários, melanomas e metástases para a mama de tumores provenientes de outros órgãos.

O Tumor Filodes, também conhecido como cystos-

sarcomaphyllodes, é raro, mais comum na raça negra e benigno em 80% dos casos. Mais frequente entre os 30 e 50 anos, podendo estar associado a fibroadenomas. Apresenta-se como nódulo único, encapsulado, volumoso, multinodular, lobulado, indolor, com crescimento rápido e consistência fibroelástica.

Histologicamente são semelhantes aos fibroadenomas, com elementos epiteliais e do estroma, porém, hiperclular. Podem ser classificados em benignos, borderline ou malignos, com base na hiperclularidade do estroma, margem, índice mitótico e pleomorfismo celular.

O diagnóstico é principalmente clínico pelas dimensões avantajadas típicas do tumor. A ultrassonografia mostra tumores volumosos geralmente com áreas císticas em seu interior. A biópsia por agulha é pouco aplicável pelo índice de falso negativo, sendo preferida a excisão cirúrgica.

1 Maternidade Aristina Cândida de Senador Canedo

2 Hospital Santa Helena de Goiânia e Clínica Citomed

3 Médico oncologista Ingoh

4 Acadêmico de Medicina da PUC Goiás

5 Médico Patologista da UFG

6 Faculdade de Medicina da UFG e Maternidade Municipal Aristina Cândida

ENDEREÇO

Juarez Antônio de Sousa

Endereço Rua 95, 159 setor sul

Goiânia Goiás

E-mail - drjuarez@drjuarez.com.br

RELATO DO CASO CLÍNICO:

ACMO, 49 anos, menarca aos 11 anos, nulípara, pré-menopausa com ciclos regulares. Nega tabagismo e etilismo. Nega história familiar de câncer de mama. Portadora de Lúpus. Ao exame físico: Tumor de mama direita medindo 15x14 cm (Figura 1). Linfonodos axilares móveis. Realizada Core Biopsy e mastectomia direita com linfonodo sentinela. Anátomo patológico evidenciou Tumor Filodes maligno e axilas livres (Figura 2). Não houve a necessidade de quimio ou radioterapia.



Figura 1. Tumor filodes maligno. Grande tumor ocupando toda a mama direita.

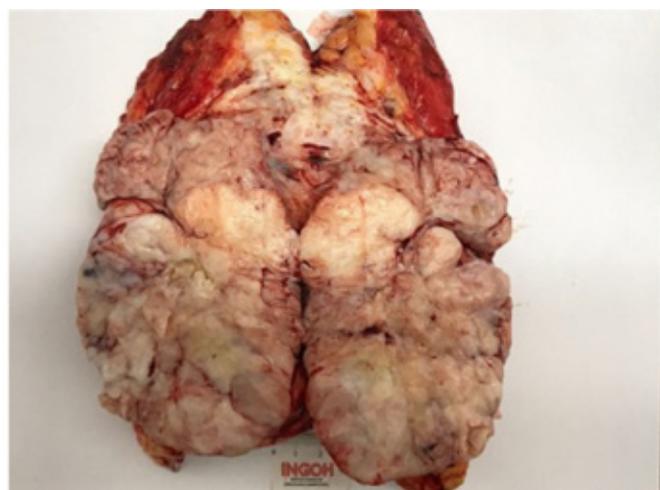


Figura 2. Tumor filodes maligno em mama Direita. Aspecto macroscópico da lesão.

recidivas. Recidivas pós-cirúrgicas acontecem em 16% a 43% dos casos de cirurgia conservadora. Sua drenagem é via hematogênica com baixo comprometimento axilar, logo, não há a necessidade de esvaziamentos ganglionar da axila. Tem baixa resposta à radioterapia. Raramente é indicada a quimioterapia e, devido a sua baixa positividade de receptores hormonais, a hormonioterapia também não é indicada ³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia representa o procedimento de escolha no tratamento dos sarcomas, quando a intenção é curativa. A mastectomia é necessária para tumores grandes e/ou que surgem em áreas previamente irradiadas.

A quimioterapia adjuvante deve ser avaliada individualmente, levando-se em consideração as condições clínicas do paciente, idade, toxicidade a terapias prévias, comorbidades e principalmente, a sensibilidade do tipo histológico aos quimioterápicos ⁴.

Em caso de doença metastática a utilização da quimioterapia paliativa segue os mesmos protocolos utilizados para os sarcomas de tecidos moles em geral.

REFERÊNCIAS

1. Boff RA, Carli AC De, Brenelli FP, Brenelli H, de Carli LS, Sauer FZ, et al. Compêndio de Mastologia: Abordagem multidisciplinar. 1st ed. Lemar, editor. Caxias do Sul; 2015. 754 p.
2. Menke CH, Chagas CR, Vieira RJS. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter; 2015. 1632 p.
3. Gebrim LH. Mastologia de consultório. Atheneu; 2011. 316 p.
4. Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR de, Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, et al. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.

DISCUSSÃO

É um tumor de diagnóstico predominantemente clínico e tratamento eminentemente cirúrgico. Suas subdivisões visam classificar o prognóstico e, com isso, a conduta cirúrgica a ser tomada para prevenir/minimizar

MASTITE LOBULAR GRANULOMATOSA BILATERAL METACRÔNICA - RELATO DE CASO

METACHRONIC BILATERAL GRANULOMATOUS LOBULAR MASTITIS

BARBARA DE ASSIS BARBOSA ¹, NICOLLE RAMALHO DOS SANTOS CORBELINO ¹, ELAINE XAVIER MACHADO ², ANDRÉ MAROCCO DE SOUSA ³, ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO ³, SEBASTIÃO ALVES PINTO ⁴, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA ⁵

RESUMO

Mastite lobular granulomatosa é uma doença inflamatória benigna da mama de etiologia incerta e de evolução crônica recidivante. O presente relato mostra evolução de uma paciente de 41 anos que foi submetida a tratamento clínico e cirúrgico após recidiva em mama contralateral, apresentando evolução satisfatória após o uso de antibióticos e corticoterapia.

PALAVRAS-CHAVES: MASTITE LOBULAR GRANULOMATOSA, MASTITES, INFLAMAÇÃO, BENIGNA.

ABSTRACT

Granulomatous lobular mastitis is a benign inflammatory disease of the breast of uncertain etiology and recurrent chronic evolution. The present report shows the evolution of a 41-year-old patient who underwent clinical and surgical treatment after recurrence in a contralateral breast, showing a satisfactory evolution after the use of antibiotics and corticotherapy.

KEYWORDS: LOBULAR GRANULOMATOUS MASTITIS, MASTITIS, INFLAMMATION, BENIGN.

INTRODUÇÃO

A mastite granulomatosa é uma inflamação idiopática, caracterizada por reação granulomatosa crônica composta por células epitelióides, células gigantes multinucleadas dos tipos corpo estranho e de Langerhans. Caracteriza-se por granulomas não caseosos e por microabscessos confinados ao lóbulo mamário, manifestando-se por uma massa firme, endurecida, abscessos múltiplos ou recorrentes ¹.

É uma afecção mamária rara e de origem desconhecida. Acomete principalmente mulheres jovens e frequentemente com lactação recente. Apresenta-se como nódulo palpável, mal definido, endurecido, de tamanho e localização variáveis, geralmente unilaterais, simulando carcinoma ².

A mamografia e ultrassonografia são importantes para o diagnóstico diferencial. As punções por agulhas

são inconclusivas e o diagnóstico definitivo se dá pela histologia da peça cirúrgica.

RELATO DO CASO

Paciente FCV, 41 anos, G2P2, em julho de 2014 foi diagnosticada com Mastite Granulomatosa em mama direita, tendo sido submetida a tratamento clínico e cirúrgico com resolução completa.

Em abril de 2019 teve recidiva em mama contralateral, pele avermelhada, apresentando grande tumor em QIL da mama esquerda, endurecido e muito doloroso.

Os exames de mamografia e ultrassonografia evidenciaram grande tumor em QIL de mama esquerda sem características definidas. Realizada biópsia por agulha fina com diagnóstico de processo inflamatório.

Paciente foi submetida a excisão cirúrgica da lesão com comprovação de mastite granulomatosa na conge-

1 Maternidade Aristina Cândida de Senador Canedo

2 Hospital Santa Helena de Goiânia e Clínica Citomed

3 Acadêmico de Medicina da PUC Goiás

4 Médico Patologista da UFG

5 Faculdade de Medicina da UFG e Maternidade Municipal Aristina Cândida

ENDEREÇO

Juarez Antônio de Sousa

Endereço Rua 95, 159 setor sul

Goiânia Goiás

E-mail - drjuarez@drjuarez.com.br

lação e posteriormente confirmado pelo anatomopatológico, evidenciando processo inflamatório crônico agudizado com granuloma não caseoso.

No mesmo ato operatório foi realizada a reconstrução mamária por retalhos regionais. Simultaneamente, foi submetida a tratamento com antibióticos e corticoides.



Figura 1. Paciente de 41 anos apresentando Tumor endurecido e doloroso com hiperemia em mama esquerda.



Figura 2. Mama esquerda. Peça cirúrgica.

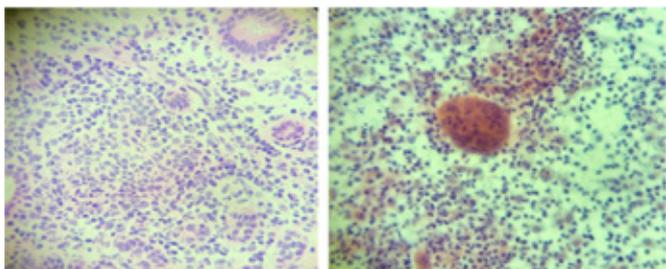


Figura 3. Aspecto microscópico da mastite granulomatosa. Processo inflamatório crônico agudizado com granuloma não caseoso.

DISCUSSÃO

A mastite lobular granulomatosa é uma doença inflamatória benigna, de etiologia incerta. Foi proposto um mecanismo autoimune baseado em sua similaridade com a orquite e a tireoidite granulomatosa. Histologicamente caracteriza-se por reação granulomatosa crônica, composta de células epitelioides, células gigantes multinucleadas dos tipos corpos estranho de Langhans ³.

Geralmente apresenta-se com tumor mamário e linfadenopatia em mulheres jovens, e frequentemente é confundida com carcinoma. O diagnóstico diferencial é com mastite aguda, tuberculose, sarcoidose, necrose gordurosa e ectasia ductal.

O presente relato evidencia um caso de mastite crônica granulomatosa que recidivou em mama esquerda, 5 anos após o tratamento na mama contralateral, por isto chamada de metacrônica ⁴.

Trata-se de um diagnóstico difícil, geralmente confirmado somente com o anatomopatológico. O tratamento consiste, por vezes, em grandes ressecções cirúrgicas associado a antibioticoterapia e corticoterapia prolongada com doses regressivas.

O tratamento preferencial é feito com prednisona 40 mg por dia, por quatro semanas, com doses regressivas semanais, associados ou não, a doxiciclina 100 mg 12/12 h por 10 dias ou tetraciclina 500 mg de 6/6 horas por duas a quatro semanas.

Ressecções cirúrgicas amplas eventualmente podem ser feitas na persistência de grandes tumores e deformidades mamárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas pacientes relatam uma hipersensibilidade dolorosa no local da massa tumoral e que a pele sobrejacente por vezes se encontra ulcerada ⁵. Mulheres jovens são mais frequentemente afetadas. A hiperprolactinemia associada a mastite lobular granulomatosa foi relatada recentemente, mas essa associação, não foi bem documentada, não estando claro o papel da prolactina na etiologia da mastite. Outros fatores predisponentes incluem a deficiência de $\alpha 1$ antitripsina, a granulomatose de Wegener e a presença de corynebactéria ⁶.

REFERÊNCIAS

1. Boff RA, Carli AC De, Brenelli FP, Brenelli H, de Carli LS, Sauer FZ, et al. *Compêndio de Mastologia: Abordagem multidisciplinar*. 1st ed. Lemar, editor. Caxias do Sul; 2015. 754 p.
2. Menke CH, Chagas CR, Vieira RJS. *Tratado de Mastologia da SBM*. Rio de Janeiro: Revinter; 2015. 1632 p.
3. Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR de, Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, et al. *Tratado de ginecologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
4. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. *Doenças da mama*. 5th ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2016.
5. Porto CC. *Semiologia Médica*. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Bagnoli F, Brenelli FP, Pedrini JL, Júnior R de F, de Oliveira VM. *Mastologia: do diagnóstico ao tratamento*. Goiânia: Conexão Propaganda e Editora; 2017.

ANGIOPLASTIA COM USO DE ATERECTOMIA ROTACIONAL EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA IMPORTANTE SEGUIDA DE IMPLANTE VALVAR AÓRTICO PERCUTÂNEO

ANGIOPLASTY USING ROTATIONAL ATHERECTOMY IN A PATIENT WITH SEVERE AORTIC STENOSIS FOLLOWED BY PERCUTANEOUS AORTIC VALVE IMPLANTATION

PEDRO ARTHUR FERREIRA BORGES¹, VICTOR EDUARDO DE ALMEIDA¹, LEONARDO VELOSO DO AMARAL¹, GIULLIANO GARDENGHI², MAURÍCIO LOPES PRUDENTE³, DÉBORA RODRIGUES⁴

RESUMO

O implante percutâneo transcatheter da valva aórtica (TAVI) é opção nos casos de estenose aórtica grave. São muitas as situações que podem dificultar o procedimento de TAVI, como por exemplo a presença de doença arterial coronária (DAC) adjacente. A DAC pode se apresentar com calcificações o que dificulta ainda mais a abordagem da equipe de hemodinâmica. Descrevemos um caso de um paciente octogenário previamente hipertenso, diabético, portador de neoplasia de próstata com estenose uretral, doença renal crônica não dialítica, fibrilação atrial paroxística, insuficiência cardíaca e DAC multiarterial com calcificações. Devido ao risco cirúrgico significativo foi optado, após decisão por Heart Team, pela realização de angioplastias nas coronárias seguidas por TAVI, sendo todos os procedimentos bem sucedidos.

PALAVRAS-CHAVES: PRÓTESES VALVULARES CARDÍACAS; IMPLANTE DE PRÓTESE DE VALVA CARDÍACA; HEMODINÂMICA.

ABSTRACT

The percutaneous transcatheter implantation of the aortic valve (TAVI) is an option in cases of severe aortic stenosis. There are many situations that can hinder the TAVI procedure, such as the presence of adjacent coronary artery disease (CAD). CAD may present with calcifications, which makes the hemodynamics team's approach even more difficult. We describe a case of a previously hypertensive, diabetic octogenarian patient with a prostate cancer with urethral stenosis, chronic non-dialysis kidney disease, paroxysmal atrial fibrillation, heart failure and multivessel CAD with calcifications. Due to the significant surgical risk, it was decided, after a decision by the Heart Team, to perform coronary angioplasty followed by TAVI, and all procedures were successful.

KEYWORDS: HEART VALVE PROSTHESIS; HEART VALVE PROSTHESIS IMPLANTATION; HEMODYNAMICS.

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) e a estenose da valva aórtica (EAO) são frequentemente coexistentes em pacientes idosos. Ambas as doenças compartilham muitos fatores de risco comuns, como idade, sexo, hipercolesterolemia, hipertensão e diabetes mellitus. O fato de ambas as doenças também ocorrerem independente-

mente uma da outra sugere que parâmetros adicionais, como genética desfavorável, possam desempenhar um papel considerável na patogênese¹.

Há consenso de especialistas de que pacientes com indicação primária para cirurgia valvar aórtica e estenose concomitante do diâmetro da artéria coronária $\geq 50\%$ a 70% devem ser considerados para enxerto de revascu-

1 - Hospital Encore
2 - Coordenador Científico do Hospital Encore
3 - Cardiologista Intervencionista / Hospital ENCORE
4 - Preceptora da Residência do Programa de Cardiologia / Hospital ENCORE

ENDEREÇO
Giulliano Gardenghi
Rua Gurupi, Quadra 25, Lote 6 a 8, Vila Brasília,
Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, CEP: 74905-350
e-mail: ggardenghi@encore.com.br

larização do miocárdio adicional no momento da cirurgia de substituição valvar aórtica cirúrgica (SAVR). No entanto, a SAVR combinada e a revascularização do miocárdio apresentam um risco maior que a SAVR isolada. Vice-versa, a SAVR tardia após a revascularização do miocárdio também está associada a um risco significativamente aumentado, de modo que é consenso comum o tratamento de ambas as doenças simultaneamente para evitar esternotomia repetida¹.

No sentido de se evitar tais riscos, a discussão em Heart Team sobre a possibilidade de abordagem percutânea das lesões coronárias e da EAO por implante percutâneo transcater de valva aórtica (TAVI) pode ser uma opção, em casos complexos e de significativo risco, como que o a seguir descreveremos, como objetivo do presente relato.

RELATO DO CASO

Historio clínico: Paciente do sexo masculino, 86 anos, hipertenso, portador de neoplasia de próstata com estenose uretral, doença renal crônica não dialítica, fibrilação atrial paroxística com CHADSVASCs 3 e HAS BLED 3, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e estenose aórtica importante, deu entrada no hospital com quadro de dispneia aos mínimos esforços, classe funcional New York Heart Association (NYHA) III. Foi avaliada a anatomia por angiotomografia de coronárias, aorta e íliaca que demonstrou uma valva aórtica calcificada com escore de cálcio de 4810 (figura 1A e 1B), com anatomia favorável, sem redução intraluminal significativa no trajeto aortoiliaca. Realizada cinecoronariografia pré-operatória, que apresentou DAC importante e com padrão multiarterial (figura 2A, 2B, 2C). Após discussão de caso em Heart Team, foi optado por realização de angioplastia seguida de TAVI. O presente relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia, vinculado à Plataforma Brasil, sob CAAE: 94882318.7.0000.0033.

Angiografias: Realizada cinecoronarioangiografia no dia 21/02/19 que evidenciou coronária direita (CD) com presença de lesão de 95% no terço proximal envolvendo ramo lateral (bifurcação), e outra de 95% no terço distal (figura 2C). Artéria descendente posterior (DP) de moderada importância bifurca-se precocemente e apresenta lesão localizada de 90% na origem. Tronco de coronária esquerda (TCE) com calcificações. Artéria descendente anterior contorna o ápice cardíaco e irriga o terço distal do septo interventricular posterior, apresenta calcificações e lesão de 60% no terço proximal com o médio (figura 2B). Primeiro ramo diagonal de grande importância, apresenta calcificações e lesão de 90% na origem. Primeiro ramo marginal esquerdo com calcificações e lesão de 95% no terço proximal. Ramo ventricular posterior esquerdo de moderada importância, com lesão de 80% no terço proximal (figura 2A). Demais artérias sem lesões significativas. Valva aórtica calcificada. Gradiente ventrí-

culo esquerdo aorta de 40 mmHg.

Intervenções: Realizada a primeira tentativa de angioplastia no dia 01/03/19 sem sucesso devido não conseguir ultrapassar os balões pela lesão. Foi então programado e realizado a primeira etapa da angioplastia no dia 06/03/19 via femoral direita, sendo submetido a aterectomia rotacional - Rotablator® (figura 3A) seguido de angioplastia de coronária direita, descendente posterior e ventricular posterior direita com implante de três stents farmacológicos (figura 3B), nessa etapa foi utilizado 120mL de contraste. Durante o procedimento apresentou sangramento importante em sítio de punção contido por meio de curativo compressivo. Na segunda etapa, no dia 03/04/19, foram abordadas lesões em ventricular posterior esquerda, circunflexa e primeiro ramo marginal esquerdo com implante de três stents farmacológicos (figura 3C), sem intercorrências vasculares ou hemorrágicas. Em 02/07/2019 foi submetido a TAVI com implante de prótese Sapien S3 26 mm, sem intercorrências clínicas ou angiográficas (figura 4A). Após implante foi realizada pós-dilatação única, sendo observada ausência de leak valvar (figura 4B). Procedimento de TAVI foi realizado com sedação (com auxílio do Bispectral Index - BIS) e anestesia local, foram utilizados 2 proglides para hemostasia, e no total foram utilizados cerca de 100mL de contraste. Após o procedimento optou-se por manter marcapasso transvenoso devido a bradicardia, o qual foi retirado após 24h do procedimento com a normalização da frequência cardíaca. Gradientes finais de 6 mmHg de pico e 3 mmHg de médio.

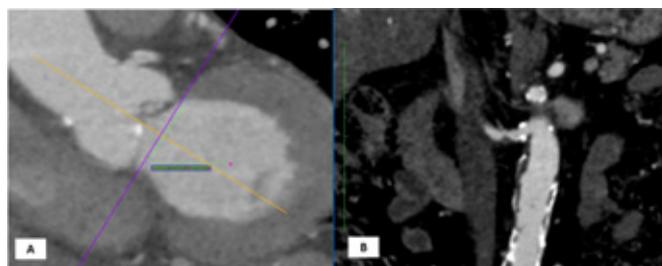


Figura 1. Angiotomografia. A: avaliação da anatomia da válvula aórtica (calcificada) e das artérias coronárias por angiotomografia de coronárias; **B:** angiotomografia das artérias aorta e íliaca.



Figura 2. Cinecoronarioangiografias. A: Primeiro ramo marginal esquerdo com calcificações e lesão de 95% no terço proximal. Ramo ventricular posterior esquerdo de moderada importância, com lesão de 80% no terço proximal; **B:** Artéria descendente anterior contornando o ápice cardíaco e irrigando o terço distal do septo interventricular posterior, com calcificações e lesão de 60% no terço proximal com o médio; **C:** Coronária direita (CD) com presença de lesão de 95% no terço proximal envolvendo ramo lateral (bifurcação), e outra de 95% no terço distal.



Figura 3. Angioplastia das coronárias. A: Angioplastia por via femoral direita com auxílio de aterectomia rotacional; B: Angioplastia de coronária direita, descendente posterior e ventricular posterior direita com implante de três stents farmacológicos; C: abordagem das lesões nas artérias ventricular posterior esquerda, circunflexa e primeiro ramo marginal esquerdo com implante de três stents farmacológicos.

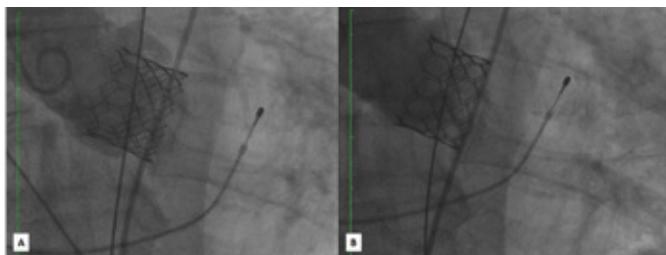


Figura 4. Procedimento de TAVI. A: Implante de prótese Sapien S3 26 mm; B: Ausência de leak valvar.

DISCUSSÃO

Os principais sinais e sintomas da EAO são síncope, angina e insuficiência cardíaca, sendo a última o critério que mais se relaciona à gravidade do caso, conferindo sobrevida menor que dois anos em 50% dos pacientes. A principal indicação para intervenção valvar é a presença de qualquer dos sintomas acima descritos e quanto a decisão da melhor abordagem, fatores como idade, índices de fragilidade, escores de risco (STS score) e desejo do paciente devem ser considerados^{2,3}.

Quanto a critérios quantitativos o paciente possui todos os definidores de EAO conforme a Diretriz Brasileira de Cardiologia em sua última atualização das valvopatias, ou seja, possuía área valvar menor que 1cm², velocidade do jato maior que 4cm/s e gradiente médio entre aorta e ventrículo esquerdo maior que 40 mmHg, além desses possuía fração de ejeção menor que 50%, considerado fator agravante^{2,3}.

O paciente supracitado possuía indicação classe IA para cirurgia cardíaca convencional devido a risco cirúrgico calculado pelo STS score intermediário (5,98%) e presença de lesão coronária com padrão multiarterial. Em discussão com Heart Team foi proposto tratamento coronário percutâneo e TAVI considerando critérios como senilidade, EUROSCORE II elevado (8,68%) e desejo do paciente. Digno de nota, a indicação isolada de TAVI seria de classe IIA, entretanto, considerando as lesões coronárias não encontramos indicações claras previstas na literatura (abordagens combinadas)².

A consideração de TAVI como proposta de tratamento foi elencada após discussão do caso com paciente e a luz dos novos estudos em pacientes de risco

intermediário, os quais demonstraram não inferioridade em relação à cirurgia nessa população^{4,5}. Durante a discussão do caso o tratamento coronário foi elencado e a equipe de hemodinâmica sugeriu tratamento das lesões coronárias prévio à realização da intervenção valvar devido a fatores tais como, tempo de procedimento, quantidade de contraste utilizado e complexidade da anatomia coronariana¹.

A programação inicial consistiu em duas abordagens coronarianas com espaçamento de 20 a 30 dias entre as mesmas, seguidas de uma terceira abordagem para realização de TAVI. Entre esses períodos o paciente receberia alta hospitalar conforme a possibilidade clínica. Durante a primeira angioplastia o procedimento foi considerado como insucesso devido à dificuldade de interposição da lesão por meio de técnicas habituais. Devido ao fato a equipe de hemodinâmica propôs a manutenção de duas intervenções coronárias, entretanto, com utilização de Rotablator® como preparação para as angioplastias coronárias. As duas abordagens com tal programação obtiveram sucesso conforme demonstrado na figura³.

Durante a primeira abordagem o paciente apresentou como intercorrência sangramento moderado do sítio de punção e após discussão de equipe foi optado por manter apenas dupla antiagregação a despeito do conhecimento da fibrilação atrial paroxística e indicação formal para anticoagulação⁶. Após a modificação terapêutica não se sucederam mais intercorrências hemorrágicas.

Na terceira etapa o paciente foi submetido a TAVI sem intercorrências no intraprocedimento, entretanto, no pós operatório evoluiu com bradicardia sinusal e dependência de marcapasso temporário por cerca de 24h. Recebeu alta hospitalar em classe funcional II conforme NYHA, sem intercorrências vasculares, hemorrágicas ou renais após quatro dias de internação. Após término dos procedimentos foi optado por retorno da anticoagulação com rivaroxabana e mono antiagregação com clopidogrel sem relatos de sangramentos após quatro meses de acompanhamento.

CONCLUSÃO

Conforme o caso ora apresentado, o tratamento coronário percutâneo associado a TAVI, pode ser estratégia viável no tratamento de pacientes selecionados, mesmo na presença de anatomia coronariana desfavorável.

REFERÊNCIAS

1. Shamekhi J, Sinning JM. Complete Revascularization in Patients Before Undergoing Transcatheter Aortic Valve Replacement: Desirable or Superfluous? *Circ Cardiovasc Interv.* 2018 Mar;11(3):e006556.
2. Tarasoutchi F, Montera MW, Ramos AI, Sampaio RO, Rosa VE, Accorsi TA, et al. Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias: abordagem das lesões anatomicamente importantes. *Arq Bras Cardiol* 2017;109(6 suppl 2):1-34.
3. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF. Braunwald's Heart Disease E-Book: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 10. ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2017.

4. Leon MB, Smith CR, Mack MJ, et al. Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *N Engl J Med* 2016;374:1609-20.
5. Reardon MJ, Van Mieghem NM, Popma JJ, et al. Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *N Engl J Med* 2017;376:1321-31.
6. Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyishi RR, Teixeira RA, et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 106(4Supl.2):1-22.

FRATURA DO BOXER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

BOXER'S FRACTURE: AN EXPERIENCE REPORT

THAYS DE FREITAS RAMOS¹, RICARDO LUIZ RAMOS FILHO², FERNANDO HENRIQUE DE FREITAS RAMOS³, ARTHUR LANNA APPELT⁴, GIOVANNI DE PAULA UZUELLI⁴, ROBERTA PERGORARO MONTEIRO GUIMARÃES⁵.

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de fratura do colo do 5º metacarpo tratado de forma conservadora com gesso em formato de luva de boxe e analisar resultado clínico com o tratamento proposto. Materiais e Métodos: Paciente com dor na mão direita após deferir um soco. Foram feitas radiografias e diagnosticada fratura do colo do 5º metacarpo. Como tratamento foi realizado redução da fratura por meio da manobra de Jahss e em seguida feita imobilização com gesso em formato de luva de boxe. Resultados: Após 12 semanas o paciente estava assintomático, com amplitude de movimento e força restauradas, comparável ao lado contralateral. Conclusões: A fratura do boxer não tolera desvios rotacionais, porém com deformidades angulares de 30° a 45°, encurtamento de até 5 mm, pode ser tratada de modo não-cirúrgico e apresentar um desfecho funcional adequado.

PALAVRAS CHAVE: FRATURA, METACARPO, ORTOPEDIA, MÃO, BOXER

ABSTRACT

Objective: To report a case of neck fracture of the 5th metacarpal treated conservatively with plaster in the shape of a boxing glove and to analyze the clinical result with the proposed treatment. Materials and Methods: Patient with pain in his right hand after delivering a punch. Radiographs were taken and a fracture of the neck of the 5th metacarpal was diagnosed. As treatment, fracture reduction was performed by means of the Jahss maneuver and then immobilization was made with plaster in the shape of a boxing glove. Results: After 12 weeks, the patient was asymptomatic, with restored range of motion and strength, comparable to the contralateral side. Conclusions: Boxer's fracture does not tolerate rotational deviations, but with angular deformities of 30° to 45°, shortening up to 5 mm, it can be treated non-surgically and present an adequate functional outcome.

KEYWORDS: FRACTURE, METACARPAL, ORTHOPEDICS, HAND, BOXER

INTRODUÇÃO

A fratura do colo do quinto metacarpo é também conhecida como fratura do boxer. Quase sempre seu mecanismo de trauma é resultado da colisão direta da mão fechada contra uma superfície rígida, resultando em fratura com ápice dorsal¹. Representa cerca de 5% das fraturas do membro superior e 20% das fraturas da mão¹. A fratura do boxer ocorre predominantemente na mão dominante de adultos jovens do sexo masculino e pode estar associada a distúrbios de ansiedade, personalidade impulsiva e consumo de álcool. A angulação volar do colo do meta-

carpo íntegro é de cerca de 15 graus¹ e a ação dos músculos intrínsecos e extrínsecos predispõe à deformidade angular em flexão da fratura¹.

Seu diagnóstico faz-se por meio do rx de mão nas incidências AP, Perfil e Obliqua. Pode-se lançar mão também da ultrassonografia de mão para avaliação do desvio angular dessas fraturas.²

O tratamento da fratura do boxeador normalmente depende do grau de angulação e da rotação da cabeça do metacarpo. É descrito na literatura que a fratura do colo do quinto metacarpo com deformidades angula-

1 - Estudante de Medicina da Universidade Brasil - Fernandópolis, SP, Brasil

2 - Médico Residente do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Unievangélica - Anápolis, GO, Brasil

3 - Médico graduado pela Universidade Federal de Goiás - UFG - Goiânia, GO, Brasil

4 - Médico Ortopedista, Chefe do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Unievangélica - Anápolis, GO, Brasil

5 - Estudante de Medicina da Universidade Federal de Goiás - UFG - Goiânia, GO, Brasil

ENDEREÇO

Ricardo Luiz Ramos Filho
Rua Waldomiro Correa Neto, Qd 2, Lt 17, Apt
904, Residencial GranVista, Jardim Alexandrina,
Anápolis, Goiás. CEP: 75060-470
Email: ricardolramos412@gmail.com

res de até 45° pode ser tratada de modo não-cirúrgico e apresentar um desfecho funcional adequado.² A fratura é reduzida por meio da manobra de Jahss.

As opções de tratamento conservador podem ser divididas em métodos que envolvem imobilização e métodos de tratamento funcional que não restringem movimento. As opções de tratamento incluem: imobilização gessada antebraquiodigital na posição de segurança de James, imobilização gessada do tipo calha ulnar, esparadrapagem entre os dedos anular e mínimo, bandagem elástica ou compressiva no nível da articulação metacarpo-falangiana, brace funcional com 3 apoios e a não utilização de imobilização (tratamento dinâmico completo). A duração da imobilização varia na literatura, mas deve ocorrer durante as 3 a 5 primeiras semanas e alguns autores recomendam a não necessidade de se aguardar pela consolidação radiográfica para retirar a imobilização, assim como nas fraturas de falange. Podemos citar como complicações do tratamento conservador infecção superficial, déficit sensitivo e intolerância ao frio. Entretanto a taxa de complicações é mínima.

Está indicado tratamento cirúrgico para pacientes com fraturas expostas, lesão grave de partes moles, múltiplas fraturas da mão e punho, fratura com extensão intra-articular, desvio rotacional e pseudogarra. Classicamente aceitam-se desvios angulares de até 45 graus e encurtamento de até 5 mm, não havendo tolerância para os desvios rotacionais.

A seleção do melhor tratamento dessa fratura deve ser individualizada e depende de outros parâmetros (além do desvio e da morfologia da fratura), como idade, profissão, atividades de lazer e cotidianas, comorbidades, cooperação e demanda funcional do paciente e da experiência e habilidade do cirurgião.

Os principais métodos de fixação das fraturas do colo do quinto metacarpo são: fios de Kirschner anterógrados encavilhados, fios cruzados, fios transversos ancorados no quarto metacarpo, hastes intramedulares, placa e parafuso interfragmentarios e fixador externo.

RELATO DE CASO

Paciente, S.P.M, 44 anos, masculino, vigilante noturno, destro, chegou ao pronto socorro com quadro de dor importante em mão direita, edema +1/+4, deformidade na região do 5º metacarpo, ausência de lesões de pele ou déficit neurovascular.

Referiu que se envolveu em uma briga e deferiu um soco no rosto de outra pessoa. Foram feitas radiografias da mão direita em anteroposterior, oblíquo e perfil, e foi diagnosticada fratura do colo do 5º metacarpo da mão direita (Figura 1). Foi realizada redução da fratura por meio da manobra de Jahss e em seguida feita imobilização com uma luva gessada em punho fechado, em formato de luva de boxe (Figura 2).



Figura 1 - Radiografia em Anteroposterior da mão.



Figura 2 - Imobilização gessada em luva de boxe.

Após 1 semana de imobilização foi solicitado nova radiografia, evidenciando que a redução se manteve, o paciente estava sem queixas de dor e foi orientado retornar em 7 dias para nova avaliação. Após 2 semanas de fratura e imobilização gessada, a redução continuava adequada, foi orientado então ao paciente retornar em 15 dias. Após 4 semanas de imobilização a redução continuava mantida e na radiografia já percebia-se formação de calo ósseo(Figura 3).



Figura 3 - Radiografia da mão em imobilização gessada.

Após 6 semanas de imobilização foi retirada a luva gessada e prescrita 10 sessões de fisioterapia. Após 8 semanas de fratura e tendo realizado 10 sessões de fisioterapia, o paciente estava sem queixa de dor, sem edema, neurovascular preservado, com ganho de força de 80%, flexão do punho em 100% e extensão dos dedos em 70%. Foram prescritas mais 20 sessões de fisioterapia. Após 12 semanas da fratura o paciente estava assintomático, com amplitude de movimento e força restauradas, comparável ao lado contralateral.

DISCUSSÃO

A fratura do boxer não tolera desvios rotacionais, porém com deformidades angulares de 30° a 45°, encurtamento de até 5 mm, pode ser tratada de modo não-cirúrgico e apresentar um desfecho funcional adequado. Os diferentes métodos de tratamento conservador para a fratura do colo do quinto metacarpo são limitados em qualidade metodológica e número amostral, portanto, nenhum método de tratamento conservador pode ser considerado superior aos demais com relação ao desfecho funcional. Conclui-se que há uma falta de estudos adequados para sanar essa dúvida clínica. A técnica de tratamento conservador adotada no paciente deste trabalho mostrou-se satisfatória.

REFERENCIAS

- 1 - Altizer L. Boxer's fracture. Orthop Nurs, 2006
- 2 - A.G. Pardini Traumatismos da mão(4ª Ed.), 2008.
- 3 - D.P. Green's D.P. Green, Operative hand surgery (7 ed.), Philadelphia, 2017.
- 4 - Hunter JM, Cowen NJ. Fifth metacarpal fractures in a compensation clinic population. A report on one hundred and thirty-three cases, 1970.
- 5 - Paul AS, Kurdy NM, Kay PR. Fixation of closed metacarpal shaft fractures. Acta Orthop Scand, 1994.

HIPERTROFIA MAMÁRIA GESTACIONAL PROLONGADA - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

PROLONGED GESTATIONAL GIGANTOMASTIA - LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

BÁRBARA DE ASSIS BARBOSA¹, BÁRBARA ELISABETH SCHROFF², ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA³, ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO³, ELAINE XAVIER MACHADO⁴, LUIZ MAURO DE PAULA E SOUZA⁵, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA⁶

RESUMO

A hipertrofia mamária ou gigantomastia é uma condição rara com poucos relatos na literatura, limitando a pesquisa de referências sobre o assunto. Das diversas condições que podem acarretar ao aumento excessivo das mamas, na gestação pode estar relacionada à resposta exagerada dos receptores da mama aos hormônios gravídicos. Devido aos poucos relatos não há uma epidemiologia estabelecida, portanto sem um padrão. Os sintomas variam de dor à necrose mamária e até comprometimento esquelético e muscular. Os autores aqui relatam uma ginecomastia gestacional prolongada e de tratamento tardio com boa evolução após mamoplastia redutora.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTROFIA MAMÁRIA GESTACIONAL. GIGANTOMASTIA. MAMA: BENIGNA.

ABSTRACT

Breast hypertrophy or gigantomastia is a rare condition with few reports in the literature, limiting the search for references on the subject. Of the various conditions that can lead to excessive breast enlargement, during pregnancy it may be related to the exaggerated response of breast receptors to pregnancy hormones. Due to the few reports, there is no established epidemiology, therefore without a standard. Symptoms range from pain to breast necrosis and even skeletal and muscle impairment. The authors report a prolonged gestational gynecomastia and late treatment with good evolution after reduction mammoplasty.

KEYWORDS: GESTATIONAL BREAST HYPERTROPHY. GIGANTOMASTIA. BENIGN BREAST

INTRODUÇÃO

A hipertrofia mamária ou gigantomastia é uma condição rara que consiste no aumento excessivo e desproporcional da mama uni ou bilateral. Pode ocorrer no período da adolescência, no ciclo gravídico-puerperal ou induzida por drogas. A gigantomastia juvenil acontece entre os 11-19 anos de caráter familiar e está relacionada com a desordem hormonal e com a acentuada resposta dos receptores de estrogênio. Nesses casos alguns auto-

res recomendam tratamento com drogas antiestrogênicas no pós-operatório de mamoplastia redutora, mas sem sucesso comprovado¹.

Acredita-se que o Tamoxifeno 10-20 mg pode ter bom resultado nesta situação. Quando induzida por drogas, pode ocorrer em qualquer faixa etária e tem como origem o uso de drogas já conhecidas como: indinavir, d-penicilamina e ciclosporinas. A conduta é cessar o uso da medicação e avaliar necessidade de

1 Maternidade Municipal Aristina Cândida/Residente 2º ano de Ginecologia e Obstetrícia

2 Maternidade Municipal Aristina Cândida/Residente 1º ano de Ginecologia e Obstetrícia

3 Faculdade de Medicina da PUC Goiás

4 Hospital Santa Helena de Goiânia e Clínica Citomed

5 Hospital Santa Helena de Goiânia

6 Faculdade de Medicina da UFG e Maternidade Municipal Aristina Cândida

ENDEREÇO

Juarez Antônio de Sousa

Endereço Rua 95, 159 setor sul

Goiânia Goiás

E-mail - drjuarez@drjuarez.com.br

tratamento cirúrgico ².

A hipertrofia gestacional é mais rara que a juvenil, estima-se 1 caso a cada 28.000-118.000 gestações, ocorre durante o período gestacional e puerpério com aumento mamário de 10 a 20 vezes, quando o normal no período gravídico é de aproximadamente duas vezes o tamanho habitual. Sua etiologia é desconhecida, porém tem sido associada as mudanças hormonais ocorridas nesse período ³.

O aumento exagerado das mamas leva a distensão da pele e parênquima que culminam em áreas de isquemia, necrose, infecções e hemorragias. Além disso, há outros acometimentos como cervicalgia, dificuldade para deambular, equilibrar e, até mesmo, respirar.

É mais comum na primeira gestação e há grandes chances de recidivas nas gestações subsequentes. Seu diagnóstico é clínico e muitas vezes, retrospectivo. Os exames de imagem mostram aumento global do parênquima mamário. Deve ser feito diagnóstico diferencial com neoplasias malignas de mama e tumores fibroepiteliais ⁴.

RELATO DO CASO

FFR, negra, 40 anos, G4P1n2c A0, hígida e sem vícios; apresentou-se no ambulatório de mastologia em março de 2020 em Goiânia-GO referindo aumento excessivo das mamas durante a última gestação há 4 anos, não tendo ocorrido mesmo caso nas gestações anteriores.

Amamentou exclusivamente durante 6 meses e que, após cessar aleitamento, apresentou episódios esporádicos de galactorreia no período corrido. Relata regressão parcial do volume mamário durante o puerpério. Paciente iniciou investigação da hipertrofia mamária quando surgiram sintomas, porém não teve condições de dar seguimento. Paciente refere dor, alteração da postura física e comprometimento psicossocial.

No momento da consulta mamas encontravam-se grosseiramente simétricas, volumosas, pendulares, sem abaulamentos ou retrações visíveis, estrias principalmente periareolares bilateralmente (FIGURA 1). Não apresentou linfonodomegalia. Mamas edemaciadas sendo possível palpação de tumorações em ambas as mamas sugerindo galactocele. Expressão mamilar negativa e sem pontos de gatilho.

Durante investigação clínica apresentou drenagem espontânea de uma galactocele em mama direita levando a redução parcial do volume. Após realizado exames de imagem e avaliações subsequentes de progressão da doença, foi prescrito cabergolina 1mg/semana. Foram realizadas 2 doses e então submetida à mamoplastia redutora com implante do complexo areolo-mamilar com boa resposta e evolução. (FIGURA 2)



Figura 1. Paciente de 40 anos apresentando hipertrofia mamária bilateral durante a última gestação e puerpério.



Figura 2. Resultado estético após 30 dias de mamoplastia redutora bilateral com implante de complexo areolo-mamilar.

DISCUSSÃO

A hipertrofia mamária gestacional é uma condição rara que pode causar grande impacto na vida da mulher. Acredita-se que há hipersensibilidade dos tecidos mamaríos ou aumento excessivo de hormônios levando à uma hiperestimulação glandular. A elevação dos hormônios pode afetar o desenvolvimento fetal e ocasionar ginecomastia neonatal, não apresentando indicação obstétrica de interrupção da gestação precocemente ⁵.

A paciente acometida por essa patologia, geralmente, apresenta queixa de mastalgia, desconforto respiratório ao decúbito dorsal, lombalgia e cervicalgia além de, em casos mais avançados, ulcerações e infecção nas mamas. Ao exame mamas se apresentam edemaciadas, com congestão venosa e possíveis ulcerações cutâneas e celulite. Mostram-se também, psicologicamente comprometidas com humor deprimido e de isolamento social ⁶.

Não há fatores protetores conhecidos e o tratamento conservador ainda não tem eficácia importante. A regressão do volume da mama no puerpério é na maioria das vezes parcial sendo, portanto, indicado tratamento precoce. A mamoplastia redutora ainda é o meio mais eficaz para a resolução da doença e tem um impacto imediato na qualidade de vida da paciente.

O tratamento não cirúrgico inclui Cabergolina 0,5 mg, duas vezes por semana, que é um agonista da dopamina, que inibe a lactogênese, diminuindo a dor e da tumefação glandular. Podendo ainda ser utilizado a bromocriptina (dose 5-7,5 mg/dia), agonista parcial da dopamina, porém, menos acessível e com mais efeitos adversos. Associa-se analgésicos comuns para alívio da dor. Nos casos de necrose ou ulceração pode ser realizado aplicações de colágeno ou placas de hidrocoloide ⁷.

A elevação das mamas mecanicamente, com sutiãs ou porta-seios reduzem o efeito causado pelo peso. A forma conservadora na condução da doença não é a mais indicada já que, mesmo as mamas tendo elevadas chances de redução do volume após a gestação, não há redução total e ainda apresenta grandes chances de recidivas em gestações futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento cirúrgico pode ser realizado em associação a terapia conservadora ou isoladamente. A mamoplastia redutora, é a técnica de escolha, preservando a estética, sensibilidade, contorno, pigmentação e ereção mamilar. A mastectomia deve ser indicada em casos extremos, de grandes volumes, associado a extensas áreas de necrose.

No caso relatado foi realizado tratamento com cabergolina associado a mamoplastia redutora com implante do complexo areolo-mamilar. Obtendo boa resposta cirúrgica e evolução adequada.

REFERÊNCIAS

1. André FS, Chocial AC. Tratamento das gigantomastias. *Rev Bras Cir Plástica*. 2010;25(4):657–62.
2. Campos H, Buarque SG. Técnicas utilizadas nas mamoplastias redutoras: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cir Plástica – Brazilian J Plast Sugery*. 2018;33:99–101.
3. Farina A, Martinho HS, Junior WXA. Gigantomastia no ciclo gravídico-puerperal: relato de caso. *Rev Bras Mastol*. 2017;27(1):63–6.
4. Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR de, Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, et al. *Tratado de ginecologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
5. Porto CC. *Semiologia Médica*. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Santos MR da S, Reis AS dos, Gonçalves-Filho JAL. Gigantomastia gestacional: relato de caso e revisão bibliográfica. *Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]*. 2011 Sep 18;6(20):199–202. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/306>
7. Silva Filho AR da, Burlá JM, Jesus NR de, Gomes ND, Gonzalez AB. Hipertrofia Maciça das Mamas na Gravidez: Relato de Caso. *Rev Bras Ginecol e Obs [Internet]*. 2002 Jul;24(6). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000600009&lng=pt&rm=iso&tIng=pt

MCCUNE ALBRIGHT: UM RELATO DE CASO

MCCUNE ALBRIGHT: A CASE REPORT

ROBERTA PERGORARO MONTEIRO GUIMARÃES¹, THAYS DE FREITAS RAMOS², VICTOR AZURÉU BARCELOS³,
DIEGO BENTO DE OLIVEIRA³, RICARDO LUIZ RAMOS FILHO³, ARTHUR LANNA APPELT⁴, JOSÉ VINÍCIUS TRONCONI⁵.

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de fratura de fêmur proximal em uma paciente de 13 anos de idade portadora da Síndrome de Mccune Albright – síndrome rara - e analisar resultado clínico com o tratamento proposto. Materiais e Métodos: Paciente com dor, e limitação de movimento após fratura em fêmur proximal direito por fratura patológica. Foram feitas radiografias e diagnosticada fratura subtrocanterica em lado direito. Como tratamento foi realizado redução aberta da fratura e fixação com um tutor extra-medular com parafuso deslizante de bloqueio de 95 graus, mais conhecido como DCS. Resultados: Após 1 mês semanas a paciente estava assintomática, com amplitude de movimento e força restauradas, comparável ao lado contralateral. Conclusões: Por ser um displasia fibrosa óssea a fratura de fêmur proximal torna-se um desafio para o tratamento ortopédico. Não obstante, bons resultados são obtidos quando se individualiza o tratamento proposto.

PALAVRAS CHAVE: FRATURA, SÍNDROME, MACCUNEALBRIGH, ORTOPEDIA.

ABSTRACT

Objective: To report a case of proximal femur fracture in a 13-year-old patient with Mccune Albright Syndrome - a rare syndrome - and to analyze the clinical outcome with surgical treatment. Materials and Methods: Patient with pain and limited movement after fracture in the right proximal femur due to pathological fracture. Radiographs and diagnoses of subtrochanteric fracture were performed on the right side. As the treatment was performed with open fracture reduction and extra-medullary tutor block with a 95-degree slide, better known as DCS. Results: After 1 month, the patient was asymptomatic, with range of motion and strength restored, comparable to the contralateral side. Conclusions: As it is a fibrous bone dysplasia, a fracture of the femur becomes a challenge for orthopedic treatment, as demonstrated. Nevertheless, good results are detected when treatment is individualized.

KEYWORDS: FRACTURE, SYNDROME, MACCUNEALBRIGH, ORTHOPEDICS

INTRODUÇÃO

A displasia fibrosa poliostótica - desordem óssea benigna de amplo espectro de apresentação - quando associada a máculas cutâneas “café com leite” e endocrinopatias hiperfuncionais, como a puberdade preco-

ce e hipertireoidismo, a tríade é denominada Síndrome McCune Albright. A Síndrome é uma doença genética causada por mutações somáticas no gene pós-zigótico GNAS1. O diagnóstico é predominantemente clínico e o tratamento consiste em medicamentos como bifosfonato

1 - Estudante de Medicina da Universidade Federal de Goiás - UFG - Goiânia, GO, Brasil

2 - Estudante de Medicina da Universidade Brasil - Fernandópolis, SP, Brasil

3 - Médico Residente do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Unievangélica - Anápolis, GO, Brasil

3 - Médico graduado pela Universidade Federal de Goiás - UFG - Goiânia, GO, Brasil

4 - Médico Ortopedista, Chefe do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Unievangélica - Anápolis, GO, Brasil

5 - Médico Ortopedista, Preceptor do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Unievangélica - Anápolis, GO, Brasil

ENDEREÇO

Victor Azuréu Barcelos

Endereço: Rua T-27, Edf. Glayson apto 801,
Setor Bueno, Goiânia, Goiás. CEP: 74210-030

Telefone: (62)99455-5210

Email: victorazureu@gmail.com

e cirurgicamente caso necessário, todas as endocrinopatias devem ser tratadas. A prevalência estimada varia entre 1/100.000 e 1/1.000.000¹. As suas repercussões em relação ao sistema osteomuscular são em sua maioria múltiplas fraturas decorrentes de traumas de baixa energia, devido à grande fragilidade apresentada pelo osso dos indivíduos acometidos por essa síndrome. Dessa maneira, o paciente muitas vezes apresenta fraturas patológicas, mais conhecidas por serem fraturas causadas por traumas de baixa energia que normalmente não resultariam em fraturas².

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 13 anos de idade, atendida em Hospital de Urgências terciário na cidade de Anápolis, diagnosticada com Síndrome de McCune Albright após investigação de puberdade precoce com sangramento vaginal aos 3 meses e pelos pubianos aos 5 meses de vida. Já teve 13 fraturas em MMII, possui cisto no ovário esquerdo e ciclo menstrual irregular. Ao exame físico apresentava manchas café com leite e hipertricose. Deu entrada no serviço devido fratura colo de fêmur direito enquanto deambulava em casa. A radiografia confirmou fratura no subtrocantérica no fêmur direito da paciente (figura 01).



Figura 1 – A. Radiografia em Anteroposterior da coxa, visualizando-se fratura subtrocantérica. B. Manchas Café-com-Leite na pele da paciente.

DISCUSSÃO

MacCune Albright é uma síndrome de alta complexidade com vários sinais e sintomas associados, o que torna o quadro clínico bastante variável. É o resultado de uma mutação do tipo mosaico que ocorre precocemente

no estágio embrionário. A fisiopatologia fundamenta-se em uma mutação ativadora do gene para a subunidade da proteína Gs, que estimula a produção intracelular de AMPc, conferindo secreção autônoma de tecidos endócrinos, gonadas, tireóide e adrenal. Essa mutação ativadora da proteína Gs também é demonstrado nas lesões cutâneas café com leite e nas lesões ósseas da displasia fibrosa. As endocrinopatias vinculadas a Síndrome incluem puberdade precoce, hipertireoidismo, diabetes melito, acromegalia, síndrome de Cushing, hiperparatireoidismo, hiperprolactinemia e ginecomastia³. Embora a puberdade precoce seja a manifestação clínica mais frequente, são as alterações ósseas que conferem maior morbidade à síndrome⁴. Por isso deve ser destinada atenção ao tratamento preventivo de lesões com o uso de bifosfonados como o instituído para a paciente em questão. Essa medicação visa diminuir as causas da displasia fibrosa óssea, caracterizada por proliferações de fibroblastos fusiformes entremeados por trabéculas de tecido ósseo imaturo não rodeados por osteoblastos, causando a expansão das áreas e enfraquecimento dos ossos envolvidos⁵.

Dessa maneira, devido as particularidades dessa paciente tentou-se como primeira opção o tratamento com Hastes Intramedulares Flexíveis para o tratamento da fratura subtrocantérica da paciente com redução fechada e sem abrir o foco de fratura. No entanto, devido não ser conseguida boa redução intra-operatória, optou-se por um novo material de síntese. O DCS – Dynamic Condylar Screw – ou seja um tutor extramedular com parafuso deslizante com bloqueio de 95 graus. Dessa maneira, após boa redução aberta, fixou-se a fratura com DCS apresentando boa redução e boa fixação⁶ (figura 2).

Foi liberado mobilidade precoce, fisioterapia e feito acompanhamento semanal com paciente. Após 4 semanas foi liberado para marcha com carga parcial e apresentava nesse momento, pouca ou nenhuma dor e amplitude de movimento similar ao membro contralateral. Atenção maior foi dada para que o tratamento e orientações fossem seguidas afim de se evitar novas fraturas.

Dessa maneira, percebe-se a necessidade de individualização no tratamento de paciente com demandas especiais como a descrita nesse caso. Isso ocorre uma vez que tem-se síndrome com demandas ósseas com baixa resistência a traumas e pacientes com demandas especiais. Assim, tem-se que valer da experiência da equipe envolvida para fornecer tratamento ortopédico que trate a fratura bem como evite ou diminua a possibilidade de novas fraturas proporcionando melhores condições de vida para o paciente. Aumentando também a sua sobrevida ao evitar-se novas fraturas.



Figura 2 - Radiografia em Anteroposterior da coxa, visualizando-se resultado pós fixação com DCS.

REFERENCIAS

- 1- Atalla Â. Displasia fibrosa: relato de caso e revisão de literatura. 20th ed. Rev Méd Minas Gerais. Belo Horizonte; 2009. p. 399-403.
- 2- Chapurlat RD. Medical Therapy in Adults with Fibrous Dysplasia of bone. J Bone Miner Res. 2006 Dec;21(Suppl 2):114-9.
- 3- Shenker A, Weinstein LS, Moran A, et al. Severe endocrine and nonendocrine manifestations of the McCune-Albright syndrome associated with activating mutations of stimulatory G protein GS. J Pediatr Oct. 1993;123(4):509-18.
- 4- Alves AL, Canavarros F, Viela DAS, Granato L, Próspero JD. Displasia Fibrosa: relato de três casos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002 mar/abr; 68(2):288-92
- 5- Terpstra L, Rauch F, Plotkin H, Travers R, Glortoux FH. Bone Mineralization in Polyostotic Dysplasia: Histomorphometric Analysis. J Bone Miner Res. 2002 Nov; 17(11):1949-53.
- 6- P. Ruedi T. Fraturas Subtrocantericas do Fêmur. In: P. Ruedi T, ed. by. Princípios AO do tratamento de fraturas. 1st ed. Porto Alegre: ArtMed; 2009. p. 856-858.

TROMBOSE EM PRÓTESE BIOLÓGICA MITRAL ASSOCIADA DISFUNÇÃO VALVAR SEVERA EM VIGÊNCIA DE ANTICOAGULAÇÃO ORAL. RELATO DE CASO.

THROMBOSIS IN A MITRAL BIOLOGICAL PROSTHESIS ASSOCIATED WITH SEVERE VALVE DYSFUNCTION DURING ORAL ANTICOAGULATION. CASE REPORT.

CRISTIANO SIMÕES¹, ANDRÉ EDUARDO DOS SANTOS BAYEH¹, RAFAEL YUDI SCALIA CUNHA HOSHINO¹, RICARDO ALVES RIBEIRO DE FARIA¹, GIULLIANO GARDENGHI², ANA CAROLINA VASCONCELLOS DE REZENDE³, LESLEY FERREIRA RODRIGUES THEMUDO³, DAYSE ELISABETH CAMPOS³, RICARDO CURADO DE OLIVEIRA E SILVA³, VALÉRIA TATYANE DE REZENDE³, LUCIANA FERNANDES BALESTRA³

RESUMO

A ocorrência de trombo em prótese biológica é rara, mas apresenta desfecho potencialmente fatal quando da obstrução importante da área valvar. Descrevemos o caso de uma paciente de 60 anos que apresentou descompensação cardíaca severa 10 meses após implante de próteses biológicas mitral e aórtica. O ecocardiograma transesofágico (ETE) diagnóstico evidenciou trombo pediculado aderido a músculo papilar do ventrículo esquerdo (VE) e espessamento importante dos folhetos da prótese biológica mitral (PBM) por trombo laminado, com limitação significativa de sua abertura, causando estenose mitral acentuada. Iniciada terapia anticoagulante com heparina de baixo peso molecular (HBPM) com resolução do quadro. Paciente mantém acompanhamento regular com evolução satisfatória nos últimos quatro anos.

PALAVRAS CHAVE: TROMBOSE/COMPLICAÇÕES; PRÓTESES VALVARES CARDÍACAS; PRÓTESE BIOLÓGICA MITRAL

ABSTRACT

The occurrence of a thrombus in a biological prosthesis is rare, but it presents a potentially fatal outcome when there is significant obstruction of the valve area. We describe the case of a 60-year-old patient who presented severe cardiac decompensation 10 months after implantation of biological mitral and aortic prostheses. The diagnostic transesophageal echocardiogram (TEE) showed a pedicled thrombus adhered to the left ventricular (LV) papillary muscle and important thickening of the mitral biological prosthesis (MBP) leaflets by a laminated thrombus with significant limitation of its opening causing severe mitral stenosis. Anticoagulant therapy started with low molecular weight heparin (LMWH) with resolution of the condition. Patient maintains regular monitoring with satisfactory evolution in the last four years.

KEYWORDS: THROMBOSIS / COMPLICATIONS; HEART VALVE PROSTHESIS; MITRAL BIOPROSTHESIS

INTRODUÇÃO

A incidência de trombose em prótese valvar mecânica varia em torno de 0,4/100 pacientes/ano sendo a ocorrência em posição mitral cerca de 5 vezes maior que em posição

aórtica¹. Por outro lado, a formação de trombo em prótese biológica, apesar de apresentar desfechos potencialmente fatais frequentes, parece ser subdiagnosticada ou inadequadamente diagnosticada como degeneração valvar. A inci-

01 - Residente do Programa de Cardiologia do Adulto / Hospital de Emergência de Goiânia - HUGO, Goiânia - Goiás

2 - Coordenador Científico do Hospital ENCORE, Goiânia - Goiás

3 - Preceptora da Residência do Programa de Cardiologia do Adulto / Hospital de Emergência de Goiânia - HUGO, Goiânia - Goiás

ENDEREÇO

LUCIANA FERNANDES BALESTRA. Avenida 31 de Março, s/n, Av. Pedro Ludovico, Goiânia - GO, 74820-300

Fone: (62) 32014355

e-mail: lucianabalestra@arh.com.br

dência varia de 0,1/100 valvas/ano a 6% em posição mitral, em alguns relatos².

Fatores de risco específicos para a ocorrência de trombose em próteses biológicas são desconhecidos, mas estados de hipercoagulabilidade podem predispor a formação de trombos³ associados a condições como aumento de átrio esquerdo, fibrilação atrial, disfunção ventricular e história prévia de eventos tromboembólicos⁴. Considerando estes fatores a Diretriz Brasileira de Valvopatias recomenda anticoagulação com varfarina nos primeiros seis meses após colocação de prótese biológica em posição mitral mesmo para pacientes em ritmo sinusal (IIb NE B)⁵.

O objetivo do presente relato é descrever um caso onde houve ocorrência de trombo em prótese biológica mitral, com obstrução importante da área valvar, associada à descompensação cardíaca, mesmo em uso de anticoagulação oral.

RELATO DO CASO

G.M.S., feminina 60 anos foi avaliada em ambulatório de Cardiologia com queixa de dispneia aos mínimos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna há cerca de seis dias. Havia sido internada em outro serviço com melhora discreta do quadro recebendo alta com orientação de realização de ETE e retorno precoce em ambulatório de origem.

Apresentava antecedente de valvoplastia mitral percutânea há 13 anos por valvopatia mitral reumática e sorologia positiva para doença de Chagas com acometimento intestinal já demonstrado. Há 13 meses, após dor intensa em membro inferior esquerdo, foi diagnosticada oclusão arterial aguda sendo submetida a abordagem cirúrgica para retirada do trombo. Dois dias após a alta retornou ao hospital com quadro de dor precordial de forte intensidade, dispneia aos mínimos esforços, sudorese e taquicardia sendo diagnosticado fibrilação atrial (FA) de alta resposta ventricular e observado importante sopro sistólico em foco mitral. Submetida a ecocardiograma transtorácico (ETT) que demonstrou átrio esquerdo (AE) de 53mm, fração de ejeção de 37%, estenose mitral de grau acentuado e insuficiência aórtica de grau acentuado. Cateterismo cardíaco não evidenciou lesões significativas em coronárias. Há 10 meses foi submetida a cirurgia cardíaca para troca de valva mitral e aórtica por próteses biológicas, associada a fechamento de auricleta esquerda e isolamento cirúrgico de veias pulmonares. Apesar do sucesso inicial na ocorrência de ritmo sinusal, recorreu em fibrilação atrial no segundo dia de pós operatório. Recebeu alta em uso de digoxina, metoprolol, amiodarona, espirolactona, varfarina, ácido acetilsalicílico e pantoprazol. Manteve seguimento ambulatorial com dificuldade no controle do tempo de protrombina/razão normalizada internacional (TP/INR). Ecocardiograma realizado há seis meses, quatro meses após a intervenção cirúrgica, que revelou átrio esquerdo de 51mm, fração de ejeção de 65% com próteses biológicas mitral e aórtica normofuncionantes.

Ao ser internada, 10 meses após a cirurgia de troca valvar, apresentava quadro de insuficiência cardíaca descompensada com queixa de palpitações e dor precordial associados

a dispneia aos mínimos esforços. Eletrocardiograma (ECG) evidenciava ritmo de FA com FC: 104bpm. ETE demonstrou FE: 56%, AE: 48mm com massa aderida em músculo papilar de VE, trombo pediculado medindo 16X9mm (Figura 1A e B), gradiente valvar mitral 29 (pico) e 18 (médio), PBM com limitação importante da abertura dos folhetos, com trombo laminado aderido (figura 2), AE com presença de contraste espontâneo (+++/+4) (Figura 3) e trombo séssil ocupando 2/3 de sua área (figura 4), prótese biológica aórtica normofuncionante. Paciente foi internada e submetida a anticoagulação plena com enoxaparina.

Considerando os eventos embólicos prévios e o quadro atual mesmo em uso de varfarina, foi solicitada avaliação da equipe de hematologia que atribuiu fatores de competição aos cumarínicos como utilização de furosemida e automedicação com laxativos, com justificativa para falha terapêutica no controle do TP/INR.

Paciente recebeu alta nove dias após a internação com melhora clínica e orientação rigorosa quanto ao controle no uso da varfarina. Mantém acompanhamento ambulatorial com controle regular e rigoroso de TP/INR, sem necessidade de hospitalização. ETT realizado meses após alta hospitalar demonstrou aorta: 33mm AE:39mm FE:44% ausência de imagem sugestiva de trombo em AE, gradiente transvalvar mitral 11mmHg (médio) e 26mmHg (pico) área valvar: 1,8mm.

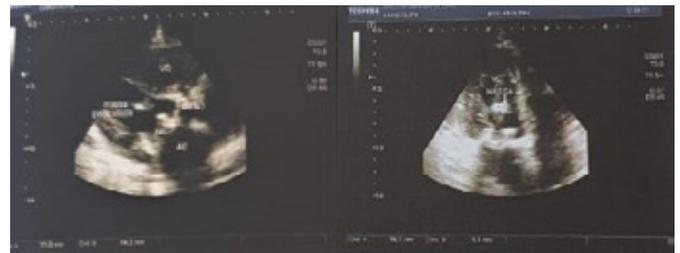


Figura 1 A e B: massa aderida a extremidade músculos papilares compatível com trombo pediculado medindo 16X9mm



Figura 2: Prótese biológica mitral com limitação importante da abertura dos folhetos (trombo laminado).

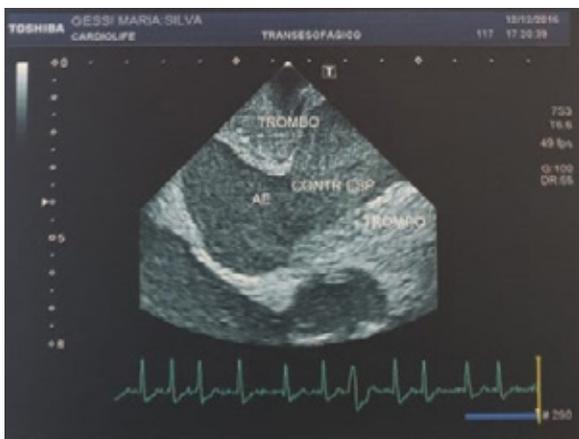


Figura 3: AE apresenta 48mm com presença de contraste espontâneo e trombo.



Figura 4: Trombo com aspecto sésil, ocupando 2/3 da cavidade atrial esquerda.

DISCUSSÃO

A doença cardíaca reumática apesar da expressiva redução em incidência e mortalidade no Brasil, continua com alta prevalência (1 a 7 casos/1000) quando comparada a ocorrência em países desenvolvidos⁶. A repercussão das alterações da valvopatia mitral na estrutura do miocárdio colabora para o desenvolvimento de cardiomiopatia atrial com hipocontratibilidade e prejuízo da função endotelial do átrio que poderiam, potencialmente, contribuir para a formação de coágulos, independente da detecção de fibrilação atrial⁷.

A ocorrência do trombo em nossa paciente foi no décimo mês após a colocação da prótese biológica mitral, cerca de dois meses antes do descrito em relato de Pislaru, da Mayo Clinic³ que sugere trombos entre 13 a 24 meses após o implante, assim como descrição de ocorrência mais frequente em pacientes com anticoagulação em dose sub-terapêutica.

O tratamento com o uso de HBPM é sugerido como primeira escolha no tratamento de trombose em prótese valvar biológica associado ou não a anticoagulação oral inicial⁸. Foi a opção terapêutica em nosso serviço, apesar

do tamanho do trombo e importante comprometimento da função valvar pelo baixo risco comparado a fibrinólise ou reoperação⁴ e boa evolução da paciente, em associação com as terapias instituídas para controle da descompensação cardíaca.

O benefício da varfarina na prevenção de eventos embólicos já é bem definido, entretanto, o alcance da dose terapêutica verificado através do TP/INR mesmo em populações selecionadas e com acompanhamento rigoroso é de 66,4%⁹. Muitos fatores podem contribuir para o controle subótimo do INR incluindo inadequada aderência a terapia com varfarina, interações medicamentosas, ingestão inadequada ou errática de alimentos contendo vitamina K e diferenças genéticas entre os pacientes¹⁰. Varfarina foi mantida na paciente (CHA2DS2:3) durante a internação e após alta hospitalar e a melhor adequação no INR nas avaliações subsequentes foi atribuída a reorientação quanto a importância do uso adequado da medicação, automedicação e acompanhamento ambulatorial rigoroso.

CONCLUSÃO

A avaliação do paciente com descompensação cardíaca e antecedente de troca valvar, mesmo com a colocação de prótese biológica, deve levar em conta a hipótese de trombose em prótese. O ETE é o método de escolha para esclarecimento da etiologia de evoluções desfavoráveis. A utilização da HBPM mesmo em presença de trombos grandes e pediculados que resultam em limitação significativa da mobilidade valvar é uma opção terapêutica segura em pacientes sem instabilidade hemodinâmica. O controle rigoroso e a perseverança na orientação do paciente quanto ao uso adequado da varfarina pode mudar desfechos, mesmo com as limitações que enfrentamos em nosso sistema de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Roudaut R, Serri K, Lafitte S. Thrombosis of prosthetic heart valves: diagnosis and therapeutic considerations. *Heart* 2007; 93: 137-142
2. Adı Butnaru A et al. Diagnosis and Treatment of Early Bioprosthetic Malfunction in the Mitral Valve Position due to Thrombus Formation. *Am J Cardiol* 2013; 112: 1439e1444
3. Pislaru SV, Hussaina I, Pellikka PA, et al. Misconceptions, diagnostic challenges and treatment opportunities in bioprosthetic valve thrombosis: lessons from a case series. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 47 (2015) 725-732
4. Kwon et al. Acute Thrombosis of bioprosthetic mitral valve. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 2013, 8:185
5. Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias. Abordagem das Lesões Anatomicamente Importantes. *Arq Bras Cardiol* 2017; 109(6Supl.2):1-34
6. Coelho Leal MTB et al. Rheumatic heart disease in the modern era: recent developments and current challenges. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine* 2019;52:e20180041
7. Guichard GB, Nattel S.J. Atrial Cardiomyopathy: A Useful Notion in Cardiac Disease Management or a Passing Fad? *Am Coll Cardiol* 2017;70:756-765.
8. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal* (2017) 38, 2739-2791.
9. Van Walraven C, Jennings A, Oake N, Fergusson D, Forster AJ. Effect of study setting on anticoagulation control: a systematic review and meta-regression. *Chest* 2006; 129: 1155-66.
10. Rose AJ, Ozonoff A, Berlowitz DR, Henault LE, Hylek EM. Warfarin dose management affects INR control. *J Thromb Haemost* 2009; 7: 94-101.

PRENHEZ ESTOPICA OVARIANA - RELATO DE CASO

CASE REPORT: HETEROTOPIC PREGNANC WITH OVARIAN IMPLANTATION

VALDIVINA FALONE¹, LUCCA MARTINS², PATRÍCIA LEITE², WINSTON SILVA², TÁRIK KASSEM SAIDAH³, WALDEMAR AMARAL⁴

RESUMO:

A gestação heterotópica é uma condição extremamente rara em que há uma gravidez ectópica e uma eutópica simultaneamente, sendo que o tratamento de reprodução assistida pode aumentar a incidência dessa condição. O caso apresentado trata-se de uma paciente primeiramente diagnosticada com gravidez ovariana que é um tipo raro de gestação ectópica, sendo considerada uma urgência ginecológica e um risco à vida materna. Após tratamento cirúrgico, a ultrassonografia obstétrica demonstrou a existência concomitante de uma gravidez eutópica, caracterizando um caso de implantação heterotópica. No caso apresentado, evidencia-se uma dificuldade no diagnóstico, sendo a gravidez eutópica suspeitada apenas após a resolução da gestação ovariana. Esse caso ressalta a importância de se realizar um acompanhamento clínico pós-resolução de gravidez ectópica e de se observar os sintomas da paciente. Destaca-se também a relevância de se excluir uma gravidez ectópica, principalmente quando a paciente possuir muitos fatores de risco, como reprodução assistida, além de salientar que não se deve desconsiderar a presença de uma gravidez ectópica na existência de uma eutópica, sendo o inverso verdadeiro.

PALAVRAS CHAVE: GRAVIDEZ ECTÓPICA; GRAVIDEZ OVARIANA; GESTAÇÃO HETEROTÓPICA; DIAGNÓSTICO; ULTRASSONOGRRAFIA.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is an extremely rare condition characterized by an ectopic pregnancy combined with eutopic pregnancy. Assisted reproduction treatment is responsible for the incidence increase of this condition. Our case presents a patient first diagnosed with only ovarian pregnancy which is a rare type of ectopic pregnancy, being considered a gynecological emergency and a risk to maternal life. After surgical treatment the obstetric ultrasound showed a simultaneous eutopic pregnancy, characterizing a case of heterotopic implantation. In the case presented, there is difficulty in diagnosis, with eutopic pregnancy being suspected only after the resolution of the ovarian pregnancy. This case highlights the importance of conducting post-resolution clinical follow-up of ectopic pregnancies and also that valuing the patient symptoms is essential. It also highlights the relevance of excluding an ectopic pregnancy, especially when the patient has many risk factors, such as assisted reproduction. In addition, our case emphasizes that the presence of an ectopic pregnancy in the existence of an eutopic one should not be disregarded, being the inverse fact true.

KEYWORDS: ECTOPIC PREGNANCY; OVARIAN PREGNANCY; HETEROTOPIC PREGNANCY; DIAGNOSTIC; ULTRASOUND.

INTRODUÇÃO

Gestações Heterotópicas (GH) são definidas como a presença simultânea de gestação eutópica e ectópica. A primeira descrição de uma gestação deste tipo foi feita em 1708. Existem poucas estimativas de incidência na literatura, sendo a mais aceita a de 1 para cada 30000 gestações espontâneas¹. Entretanto, esta incidência é

relacionada a gestações naturais. Com o avanço e uso cada vez maior de técnicas de reprodução assistida, a incidência de gravidez heterotópica tem aumentando muito. Quando se utiliza tais métodos, chega a variar de 0,09% a 1,00%²⁻⁵.

Os fatores de risco para a gestação heterotópica são os mesmos para a gestação ectópica, incluindo disfun-

1 - Mestre e doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

2 - Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

3 - Doutor em Ciências da Saúde – UFG e Professor da UniEvangélica de Anápolis

4 - Professor Livre docente e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO

Email: patriciamleite@hotmail.com

ções tubárias, doença inflamatória pélvica, manipulação cirúrgica do útero, gravidez ectópica prévia, infertilidade (que por si só pode indicar disfunção tubária) ⁶ e uso de técnicas de reprodução assistida, este último sendo um fator de risco cada vez maior neste cenário, sendo o principal alvo de discussão nas publicações recentes sobre gravidez heterotópica ².

A gravidez ovariana é forma mais comum de gravidez ectópica não tubária, ocorrendo em cerca de 0,5% a 3% das gestações ectópicas, sendo que suas causas não são totalmente esclarecidas ⁷. É considerada uma urgência ginecológica, sendo uma das principais complicações de gravidez no primeiro trimestre ⁸.

Pelos critérios de Spiegelberg, uma gestação ovariana é a que ocorre a presença de saco gestacional em posição ovariana e parcialmente envolvido pelo parênquima ovariano, sendo este conjunto ligado ao útero pelo ligamento ovariano ⁸.

O diagnóstico desta condição costuma ocorrer principalmente durante cirurgia, sendo ainda confundido com corpo lúteo roto, sendo necessário o exame anatomopatológico para fechar o diagnóstico ⁹.

No caso apresentado, veremos uma gestação heterotópica em que a paciente apresenta um embrião implantado no ovário (caracterizando uma gravidez ectópica ovariana) e o outro embrião em seu lugar típico.

RELATO DE CASO

Paciente, D.A.R, 37 anos, nuligesta, com queixa de infertilidade por dois anos, iniciou acompanhamento para engravidar após miomectomia por videohisteroscopia. Após dois meses do período de repouso, foi realizada dosagem de b-HCG plasmático com resultado positivo. No entanto, paciente apresentou-se com dor abdominal intensa na semana seguinte. A realização de ultrassonografia (US) transvaginal mostrou presença de líquido livre na cavidade abdominal e demonstrou-se a presença de massa anexial esquerda com diagnóstico de gravidez ectópica ovariana rota.

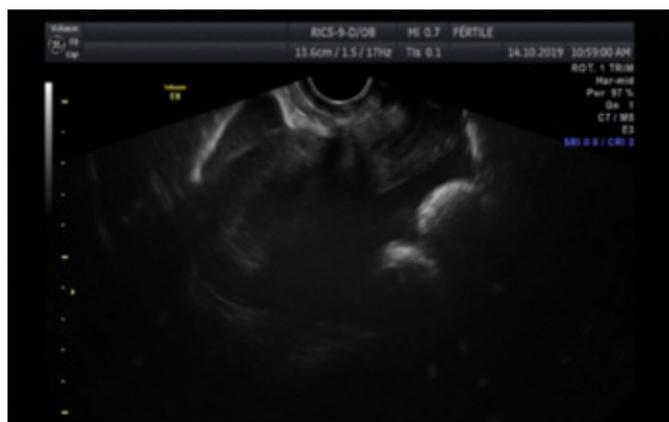


Figura 1: Ultrassonografia obstétrica demonstrando presença de líquido livre na cavidade abdominal
Fonte: Fértil diagnósticos

Paciente realizou tratamento cirúrgico videolaparoscópico. No entanto, na semana subsequente procurou atendimento pois relatava continuidade de sintomas gestacionais, sendo realizada uma nova US transvaginal. Esta evidenciou presença de saco gestacional normo-inserido, indicando possível gravidez heterotópica. O feto compatível com 6 semanas foi visualizado na semana seguinte em uma nova USG obstétrica. A evolução da gravidez tópica foi habitual, sem intercorrências.



Figura 2: Ultrassonografia obstétrica de 12 semanas
Fonte: Fértil Diagnósticos

O parto ocorreu a termo, com 39 semanas por via cesariana, dando origem a um feto masculino com 3,245kg e APGAR 9 e 10.



Figuras 3 e 4: Recém-nascido saudável
Fonte: Arquivos do autor

DISCUSSÃO

O desafio que tange a GH é sua dificuldade diagnóstica. No caso em questão, por exemplo, evidenciou-se a gestação ovariana (que por si só é rara, ocorrendo em 1-3% das gestações ectópicas e 0,15% das gestações como um todo) que apenas após a sua resolução e ma-

nutenção dos sintomas suspeitou-se de gestação ectópica. A ultrassonografia transvaginal é o método de escolha no diagnóstico de GH, que sendo feito por um profissional experiente, possui sensibilidade importante no diagnóstico⁵. Exames laboratoriais falham no diagnóstico devido à presença de duas gestações sobrepostas.

O caso evidencia a importância de se realizar acompanhamento clínico, com propedêutica armada, no seguimento de pacientes pós-resolução de gravidez ectópica, além de trazer luz à valorização dos sintomas da paciente.

O manejo de uma gravidez ectópica é controverso e repleto de pormenores. O objetivo consiste em preservar a vida da mãe e do feto intrauterino viável, o que contraindica tratamentos convencionais para gestações ectópicas, como o uso de metotrexato. A resolução de uma gravidez ovariana geralmente se dá por ooforectomia, entretanto métodos conservadores como cistectomia ou ressecção em cunha tem se provado bons no tratamento desta condição. A via laparoscópica é sempre preferencial devido à melhor recuperação e menores riscos. Porém, em pacientes instáveis ou que teriam acesso dificultado, a laparotomia é a melhor opção¹⁰. Diagnóstico precoce e tratamento precoce são pontos chave neste quesito pois o manejo laparoscópico cursa com menor manipulação do útero gravídico e melhor prognóstico para a gestação viável.

O caso chama a atenção devido ao fato de a gravidez ectópica somente ter sido diagnosticada após resolução da gravidez ectópica. A viabilidade e conclusão da gestação evidenciam a importância de um manejo adequado da gestação ectópica e o caso levanta a luz para a importância de se excluir uma gravidez ectópica sempre que possível, principalmente quando houverem fatores de risco para tal, entre estes o uso de técnicas de reprodução assistida tendo importância gigantesca. Alerta-se para o fato de nunca desconsiderar uma gravidez ectópica devido a presença de gravidez ectópica, sendo o inverso também verdadeiro.

REFERÊNCIAS

1. DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am. j. obstet. gynecol.* 1948; 56(6): 1119-1126.
2. Perkins KM, Boulet SL, Kissin DM, Jamieson DJ, National ART Surveillance (NASS) Group. Risk of ectopic pregnancy associated with assisted reproductive technology in the United States, 2001-2011. *Obstet Gynecol.* 2015; 125(1): 70.
3. Wang LL, Chen X, Ye DS, Liu YD, He YX, Guo W, Chen SL. Misdiagnosis and delayed diagnosis for ectopic and heterotopic pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer. *J. huazhong univ. sci. tech. med. sci.* 2014; 34(1): 103-107.
4. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil. steril.* 2007; 87(2): 303-309.
5. Li XH, Ouyang Y, Lu GX. Value of transvaginal sonography in diagnosing heterotopic pregnancy after in-vitro fertilization with embryo transfer. *Ultrasound obstet. gynecol.* 2013; 41(5): 563-569.
6. Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson S.R. Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2011; 31(1): 7-12.
7. Gaudoin MR, Coulter KL, Robins AM, Verghesc A, Hanretty KP. Is the in-

8. Bigolin S, Fagundes DJ, Detoni, AF, Rivoire HC. Gravidez ovariana íntegra: tratamento cirúrgico videolaparoscópico. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2007; 34(2): 135-137.
9. Hallatt JG. Primary ovarian pregnancy: a report of twenty-five cases. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143(1): 55-60.
10. Tinelli, A, Hudelist, G, Malvasi, A, Tinelli, R. Laparoscopic management of ovarian pregnancy. *JSL* 2008; 12(2): 169.

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

PSEUDOMEMBRANOUS COLITIS: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

GABRIEL GIFFORD CARNEIRO¹, PATRICIA GONÇALVES EVANGELISTA²

RESUMO

O objetivo desse estudo é descrever através dos achados literários a colite pseudomembranosa e as suas principais características, diagnósticos e tratamentos. Foi realizado por meio de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas principalmente as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e PubMed. A colite pseudomembranosa é um padrão inespecífico de lesão resultante da diminuição da oxigenação, dano endotelial e fluxo sanguíneo prejudicado à mucosa, que pode ser desencadeado por vários estados da doença, é causada pela bactéria anaeróbica gram-positiva *Clostridium difficile* (*C.difficile*). Para o diagnóstico uma história cuidadosa e completa é crucial; qualidade e duração dos sintomas, histórico de exposição, problemas médicos crônicos (incluindo condições que causam um estado imunossuprimido) e uma lista de medicamentos ajudarão a restringir o diagnóstico diferencial. O tratamento é específico da etiologia subjacente e será individualizado. A consulta com um gastroenterologista deve ser considerada no início do curso da doença. Como ainda não existe uma vacina disponível medidas preventivas são preconizadas como a lavagem estrita das mãos, as precauções entéricas e o uso criterioso de antibióticos são imperativos e continuam sendo os meios mais eficazes de impedir a propagação do organismo e da doença.

PALAVRAS CHAVE: COLITE PSEUDOMEMBRANOSA. CLOSTRIDIUM DIFFICILE. DIAGNÓSTICO. TRATAMENTO.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe through literary findings pseudomembranous colitis and its main characteristics, diagnoses and treatments. It was performed by searching the Virtual Health Library (VHL), using mainly the databases: Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) and PubMed. Pseudomembranous colitis is a nonspecific pattern of injury resulting from decreased oxygenation, endothelial damage, and mucosal-impaired blood flow, which can be triggered by various disease states, is caused by the gram-positive anaerobic bacterium *Clostridium difficile* (*C.difficile*). For the diagnosis a careful and complete history is crucial; quality and duration of symptoms, exposure history, chronic medical conditions (including conditions that cause an immunosuppressed state) and a list of medications will help narrow the differential diagnosis. Treatment is specific to the underlying etiology and will be individualized. Consultation with a gastroenterologist should be considered early in the course of the disease. As there is no vaccine available yet preventive measures are advocated such as strict hand washing, enteric precautions and careful use of antibiotics are imperative and remain the most effective means of preventing the spread of the body and disease.

KEYWORDS: PSEUDOMEMBRANOUS COLITIS. CLOSTRIDIUM DIFFICILE. DIAGNOSIS. TREATMENT.

INTRODUÇÃO

A colite pseudomembranosa é um padrão inespecífico de lesão resultante da diminuição da oxigenação, dano endotelial e fluxo sanguíneo prejudicado à muco-

sa, que pode ser desencadeado por vários estados da doença. Produtos químicos, medicamentos, isquemia, colite microscópica, outros organismos infecciosos e condições inflamatórias podem predispor à formação

1 - Residente do Hospital de Urgência de Goiânia - HUGO
2 - Doutorandas da UFG

ENDEREÇO
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail: centrodeestudosdmi@gmail.com

de pseudomembranas e devem ser incluídos no diagnóstico diferencial¹.

Como a maioria dos pacientes com colite pseudomembranosa apresenta infecção por *C. difficile*, ela deve ser excluída primeiro. O fator predisponente mais comum é o uso prévio de antibióticos, incluindo vancomicina e metronidazol, que são terapia para a colite por *C. difficile*².

Colite pseudomembranosa é rara porém catastróficas na Infecção por *C. Difficile* podendo ocorrer em menos de 25% de outras causas bacterianas, virais e tóxicas da diarreia, gastroenterite e fístulas anorretais³.

Este estudo tem como objetivo descrever através dos achados literários a colite pseudomembranosa e as suas principais características, diagnósticos e tratamentos.

Foi realizado por meio de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas principalmente as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e PubMed.

REVISÃO DE LITERATURA

2.1. HISTÓRICO DA COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

A colite pseudomembranosa foi descrita em 1893 nos estudos de Finney⁴. O *Clostridium difficile* foi descrito pela primeira vez em 1935, mas sua associação com antibióticos e PMC não foi descrita até a década de 1970⁵.

Somente em 1977 Larson fez a descrição da associação com o uso de antibiótico mais precisamente a penicilina oral⁶.

Em 1978 Larson descreve que o *Clostridium difficile* foi identificado como fonte da toxina nas fezes dos pacientes com colite pseudomembranosa⁷.

O *C. difficile* é um organismo anaeróbico gram-positivo produtor de toxinas com a capacidade de formar esporos. Essa última característica se presta à aquisição do ambiente, particularmente em contextos nosocomiais. Foi identificado como o agente causador em 15 a 30% da diarreia associada a antibióticos e como a principal causa de colite associada a antibióticos⁶.

2.2. DEFINIÇÕES SOBRE A COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

A colite pseudomembranosa, também denominada colite associada a antibióticos, é causada pela bactéria anaeróbica gram-positiva *Clostridium difficile* (*C. difficile*) (Figura 1). A infecção é comum em pacientes idosos em uso crônico de antibióticos e em pacientes imunossuprimidos⁸.

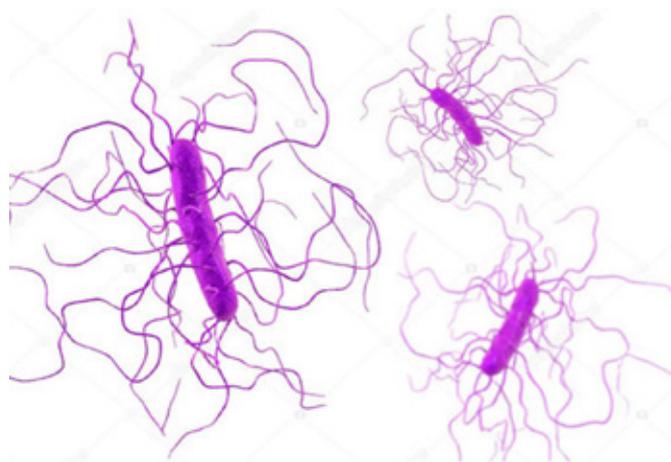


Figura 1 –*Clostridium difficile* (*C. difficile*)
Fonte: LabNetwork, 2019⁹.

A colite pseudomembranosa, causada por *Clostridium difficile*, aumentado a sua incidência nos últimos anos, impulsionado principalmente pelo uso indiscriminado de antibióticos¹⁰.

É uma condição inflamatória do cólon e reto caracterizada por placas branco-amareladas elevadas que se fundem para formar pseudomembranas na mucosa. Pacientes com a condição geralmente apresentam dor abdominal, diarreia, febre e leucocitose⁶.

A taxa de mortalidade é alta em pacientes debilitados e quando não diagnosticada e tratada adequadamente. Ocasionalmente, é necessária cirurgia de emergência para complicações, incluindo perfuração do cólon e colite tóxica¹¹.

Os sintomas típicos da infecção por *C. difficile* incluem diarreia sem sangue ou colite associada a dor abdominal intensa, febre e/ou sangue bruto ou oculto nas fezes. A forma mais grave desta doença, ocorre como resultado de uma resposta inflamatória grave às toxinas de *C. Difficile*¹². Megacólon tóxico e peritonite aguda secundária à perfuração do cólon são as complicações mais graves¹³.

Pensa-se que a antibioticoterapia possa alterar a flora entérica, permitindo que *C. difficile* prolifere e produza toxinas com efeitos citopáticos (toxina B ou citotoxina) e hipersecretoras (toxina A ou enterotoxina) na mucosa. Os maiores efeitos das toxinas A e B são a ruptura do citoesqueleto de actina. As células intoxicadas por estas proteínas demonstram uma retração do processo celular e uma circularização do corpo celular. Isso ocorre devido a desmontagem dos filamentos F de actina e um aumento de actina-G antes da circularização da célula. Poucas moléculas de toxina são necessárias para produzir esta circularização. No estado de doença ativa, o epitélio do cólon é o maior alvo das toxinas do *C. difficile*. Elas causam a ruptura da barreira celular abrindo as junções intercelulares. Este efeito aumenta a permeabilidade do cólon, levando a diarreia aquosa, a qual é um sintoma característico da diarreia associada a *C. difficile* (figura 2)¹⁴.

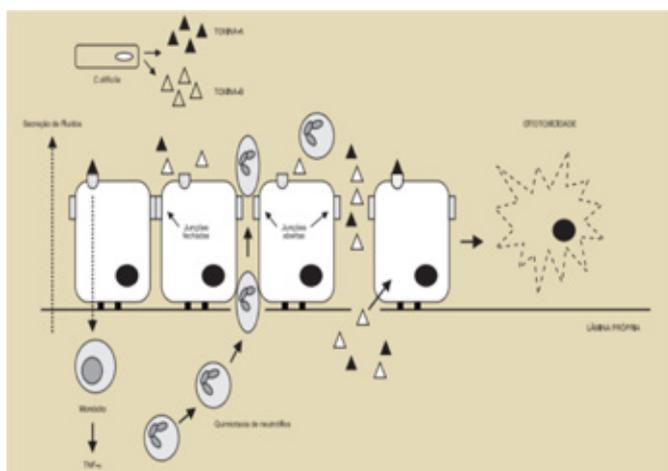


Figura 2 - Ações das toxinas A e B de *C.difficile* no epitélio intestinal
Fonte: SILVA, SALVINO, 2003¹⁴.

Além da clindamicina, o primeiro antibiótico reconhecido por estar claramente associado à colite pseudomembranosa, os agentes antimicrobianos mais comumente responsáveis são as cefalosporinas e a ampicilina (ou amoxicilina). No entanto, praticamente todos os antibióticos, exceto os aminoglicosídeos administrados por via parentérica, podem causar a doença¹³.

A doença ganhou importância nos últimos anos devido à ocorrência de epidemias graves em vários países avançados¹⁵.

Ao analisarem 80 doentes (43-SGE; 37-SM) o perfil encontrado foi: média etária - $68,6 \pm 17,7$ anos; sexo masculino - 52,5%; Antibioterapia nos 3 meses prévios - 85%; tempo médio de AB $10,5 \pm 6,1$ dias. Os antibióticos mais implicados foram: cefalosporinas, amoxicilina/ácido clavulânico e quinolonas. Fatores de Risco Associados: insuficiência renal (22,5%), insuficiência cardíaca (22,5%); doente previamente acamado (36,3%). Métodos de Diagnóstico: pesquisa de toxina-58 doentes (em 36); colonoscopia - 62 (em 53); cultura - 23 (em 16). A mortalidade foi de 18,8% (n=15); recorrências - 10% (n=8). Terapêutica: metronidazol - 37 doentes (46,3%); vancomicina - 24 (30%); metronidazol + vancomicina - 12 (15%)¹⁶.

2.3. MÉTODOS DIAGNÓSTICO DA COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

As pseudomembranas são geralmente vistas durante procedimentos endoscópicos, sigmoidoscopia ou, se possível, colonoscopia; os testes microbiológicos mais úteis para confirmação do diagnóstico incluem culturas de fezes de cefoxitina frutose-ágar com cicloserina e AGFA e ensaios de toxina de fezes em tecidos ou por técnicas imunológicas¹³.

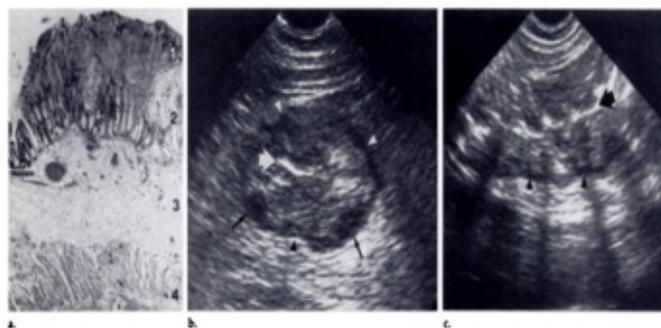
O diagnóstico baseia-se na detecção de *C. difficile* nas fezes, seja por cultura, ensaio de cultura de tecidos para citotoxina B ou detecção de antígenos nas fezes

por imunoenaios enzimáticos rápidos¹².

Os testes laboratoriais não conseguem distinguir entre colonização assintomática e infecção sintomática por *C. difficile*. As abordagens de diagnóstico são complexas devido à disponibilidade de várias estratégias de teste. Os algoritmos de várias etapas usando a reação em cadeia da polimerase (PCR) para o (s) gene (s) da toxina ou PCR de etapa única em amostras de fezes líquidas têm as melhores características de desempenho de teste (etapa múltipla: sensibilidade 0,68 a 1,00 / especificidade 0,92 a 1,00; etapa única: sensibilidade 0,86-0,92 / especificidade 0,94-0,97)¹⁷.

Embora a infecção por *Clostridium difficile* seja a causa da maioria dos casos de colite pseudomembranosa, os médicos devem considerar causas menos comuns, principalmente se forem observadas pseudomembranas na endoscopia, mas os testes permanecerem negativos para *C difficile* ou se a infecção presumida por *C difficile* não responder ao tratamento¹.

A ultrassonografia pode ser usada como rastreio precoce da colite pseudomembranosa e os principais achados são: Espessamento difuso do cólon inferior a 10 mm, frequentemente mais proeminente à esquerda; Edema extenso da submucosa; Flúido pericólico livre; gás intramural¹⁸.



Imagens de homem de 54 anos com PMC grave submetido a colectomia por causa de graves desequilíbrios de líquidos e eletrólitos. (a) A fotomicrografia da parede do cólon ascendente mostra quatro camadas distintas, histologicamente discerníveis. A camada 1 mostra um pseudomembranoso clássico placa constituída por células inflamatórias e detritos. A camada 2 contém glândulas mucosas parcialmente rompidas distendidas pela mucina e um infiltrado inflamatório acentuado. A camada 3 demonstra a submucosa grosseiramente edematosa. A camada 4 mostra edema moderado da muscular própria. (Mancha de hematoxilina-eosina; ampliação de baixa potência.) As imagens ultrassonográficas transversais (b) e sagitais (c) do cólon ascendente demonstram espessamento bruto da parede do intestino com a remoção do lúmen (seta espessa). A placa pseudomembranosa, mucosa e as camadas submucosas não são resolvidas individualmente, mas são representadas coletivamente por uma zona heterogênea de ecogenicidade média. As expansões focais nessa camada (setas finas) são os músculos taeniae coli.

Fonte: DOWNEY, WILSON 1991¹⁸.

Alterações tomográficas estão presentes no cólon em 88% dos casos de colite pseudomembranosa. Em um estudo com 26 pacientes, 23 demonstraram anormalidade

parede intestinal, com parede média espessura de 14,7 mm (faixa, 3-32 milímetros); em três pacientes, parede intestinal a espessura era normal. O envolvimento pancolônico foi observado em 13 casos, enquanto sete pacientes teve apenas envolvimento do lado direito; três pacientes apresentaram espessamento da parede intestinal limitado ao reto sigmoido só, não existe uma especificidade alta para o exame isolado.

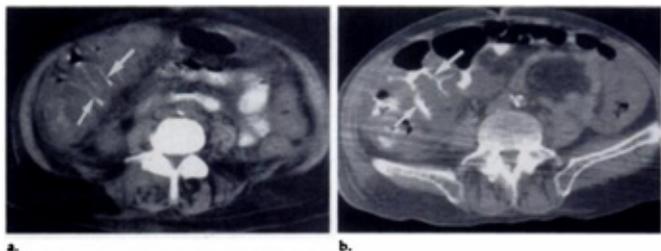


Figura 4 - TC da Colite pseudomembranosa
Espessamento acentuado lado direito do cólon com rastreamento de material de contraste (setas) entre as dobras espessadas. Nota espessamento dos tecidos pericolônicos. (b) Inflamação extensa do lado direito do cólon com camadas de material de contraste entre pregas mucosas inflamadas (setas). (FISHMAN, 1991)¹⁹.

2.4. TRATAMENTO DA COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

Clostridium difficile é um patógeno conhecido por causar diarreia e colite. Se não for tratado adequadamente, ele pode se repetir e progredir a condições de risco de vida, como megacólon tóxico e falha de vários órgãos. As atualizações das diretrizes lançadas em 2018 refletem mudanças notáveis no tratamento da infecção por *C. difficile*. O metronidazol não é mais recomendado como terapia de primeira linha para adultos; vancomicina oral e fidaxomicina são agora recomendadas²⁰.

A vancomicina também é eficaz, mas seu uso deve ser limitado para diminuir o desenvolvimento de organismos resistentes à vancomicina, como os enterococos. A vancomicina (125-500 mg 4 vezes ao dia por 10 dias) deve ser limitada àqueles que não toleram ou não responderam ao metronidazol, ou quando o uso de metronidazol é contraindicado, como no primeiro trimestre de gravidez. Uma resposta terapêutica dentro de alguns dias é usual. A recorrência dos sintomas após antibióticos ocorre em 20% dos casos e está associada à persistência de *C. difficile* nas fezes. Recorrências adicionais se tornam mais prováveis. A terapia com antibióticos em um regime pulsado ou cônico é frequentemente eficaz, assim como os esforços para normalizar a flora fecal. A levedura *Saccharomyces boulardii* foi comprovada em ensaios controlados para reduzir as recorrências quando administrada como adjuvante à antibioticoterapia. Lavagem cuidadosa das mãos e descontaminação ambiental são necessárias para evitar epidemias¹².

Dados recentes demonstram taxas de sucesso clínico

de 66,3% para o metronidazol versus 78,5% para a vancomicina para CDI grave. As terapias mais recentes mostram resultados promissores, incluindo fidaxomicina (taxas de cura clínica semelhantes à vancomicina, com taxas de recorrência mais baixas para fidaxomicina, 15,4% vs. vancomicina, 25,3%, $P = 0,005$) e transplante de microbiota fecal (taxas de resposta de 83% a 94% para CDI recorrente)¹⁷.

O transplante de microbiota fecal está associado à resolução dos sintomas de CDI recorrente, mas seu papel no CDI primário e grave não está estabelecido¹⁷.

Recaídas são observadas em 5 a 50% dos pacientes tratados. O tratamento com antibióticos deve evitar a esporulação, levando a outras recaídas. A 'biotera' (lactobacilos, *Saccharomyces*) também foi proposta¹³.

O envolvimento do farmacêutico em programas de administração de antibióticos otimiza o tratamento de infecções através da seleção de antibióticos apropriados e diminuição da terapêutica quando aplicável reduz interações e ainda fornecem educação ao paciente para impedir a disseminação tais como lavar as mãos com água e sabão toda vez que usam o banheiro e sempre antes de comer e ainda recomendar que em casa os pacientes com diarreia use um banheiro separado, se possível e todas as superfícies podem ser limpas com uma mistura de água sanitária e água²⁰.

CONCLUSÃO

Clostridium difficile é a infecção hospitalar mais comum do trato gastrointestinal é causada principalmente pela infecção por *C. difficile* porém existem outros fatores de risco além dos antibióticos e *C. difficile*.

Uma história cuidadosa e completa é crucial; qualidade e duração dos sintomas, histórico de exposição, problemas médicos crônicos (incluindo condições que causam um estado imunossuprimido) e uma lista de medicamentos ajudarão a restringir o diagnóstico diferencial.

O tratamento é específico da etiologia subjacente e será individualizado. A consulta com um gastroenterologista deve ser considerada no início do curso da doença.

Como ainda não existe uma vacina disponível medidas preventivas são preconizadas como a lavagem estrita das mãos, as precauções entéricas e o uso criterioso de antibióticos são imperativos e continuam sendo os meios mais eficazes de impedir a propagação do organismo e da doença.

REFERÊNCIAS

- URRUNAGA, N. H.; VON ROSENVINGE, E. C. Pseudomembranous colitis: Not always *Clostridium difficile*. *Cleve Clin J Med*, v. 83, n. 5, p:361-6, 2016.
- HURLEY, B. W.; NGUVEN, C. C. The Spectrum of Pseudomembranous Enterocolitis and Antibiotic-Associated Diarrhea. *Archives of Internal Medicine*, v. 162, n. 19, p:2177-84, 2002.
- GAUTAM, A. et al. Pseudomembranous Colitis: Do We Need A Screening? *Indian Journal of Clinical Practice*, v. 24, n. 4, p:347-50, 2013.
- FINNEY, J. M. T. Gastroenterostomy for cicatrizing ulcer of the pylorus. *Bull Johns Hopkins Hosp*, v. 1, n. 4, p:53-5, 1893.
- LARSON, H. E. Underdescribed toxin in pseudomembranous colitis. *BMJ*, v. 1, n. 1, p:1246-48, 1977.
- FAROOQ, P. D.; URRUNAGA, N. H.; TANG, D. M.; VON ROSENVINGE, E. C.

- Pseudomembranous colitis. *Dis Mon.*, v. 61, n. 5, p:181-206, 2015.
7. LARSON, H. E. Clostridium difficile and the aetiology of pseudomembranous colitis. *Lancet.*, v. 1, n. 1, p:1062-6, 1978.
 8. JABBAR, S. A; SUNDARAMURTHI, S; ELAMURUGAN, T. P; GON-EPPANAVAR, M; RAMAKRISHNAIAH, V. P. N. An Unusual Presentation of Pseudomembranous Colitis. *Cureus.*, v. 11, n. 4, p:e4570, 2019.
 9. LABNETWORK. <https://www.labnetwork.com.br/noticias/clostridium-difficile-teste-libera-resultados-em- apenas-10-minutos/>
 10. TALLÓN-AGUILAR, L; HERRANZ-GUERRERO, P; LÓPEZ-RUIZ, J. A; SÁNCHEZ-MORENO, L; LÓPEZ-PÉREZ, J; PADILLO-RUIZ, F. J. Role of care surgery in the treatment of pseudomembranous colitis. *Cir Cir.*, v. 85, n. 4, p:330-333, 2017.
 11. COUNIHAN, T. C; ROBERTS, P. L. Pseudomembranous colitis. *Surg Clin North Am.*, v. 73, n. 5, p:1063-74, 1993.
 12. SURAWICZ, C. M; MCFARLAND, L. V. Pseudomembranous colitis: causes and cures. *Digestion.*, v. 60, n. 2, p:91-100, 1999.
 13. ANDRÉJAK, M; SCHMIT, J. L; TONDRIAUX, A. The clinical significance of antibiotic-associated pseudomembranous colitis in the 1990s. *Drug Saf.*, v. 6, n. 5, p:339-49, 1991.
 14. SILVA, C. H. P. M; SALVINO, C. R. Aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais das infecções por Clostridium difficile. *RBAC.*, v. 35, n. 2, p: 65-71, 2003.
 15. BERGMANN, D; KOTEN, J; BENES, Z; KOHOUT, P; CHLUMSKÁ, A. Pseudomembranous colitis. *Vnitr Lek.*, 2007 Oct;53(10):1100-7.
 16. ALMEIDA, N. et al. Colite pseudomembranosa - uma casuística de internamentos. *J Port Gastrenterol.*, v. 1, n. 13, p:6-13, 2006.
 17. BAGDASARIAN, N; RAO, K; MALANI, P. N. Diagnosis and treatment of Clostridium difficile in adults: a systematic review. *JAMA.*, v. 313, n. 4, p:398-408, 2015.
 18. Downey DB, Wilson SR. Pseudomembranous colitis: sonographic features. *Radiology.*, v. 180, n. 1, p:61-4, 1991.
 19. FISHMAN, E. K; KAVURU, M; JONES, B; KUHLMAN, J. E; MERINE, D. S; LILLIMOE, K. D; SIEGELMAN, S. S. Pseudomembranous colitis: CT evaluation of 26 cases. *Radiology.*, v. 180, n. 1, p:57-60, 1991.
 20. KIMBERLY, E. Updates in the Management of Clostridium Difficile for Adults. *US Pharmacist.*, v. 44, n. 4, p:HS9-HS12, 2019.



CEREM-GOIÁS

Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AGRM