



Memórias

A NEUROLOGIA DO HOSPITAL SANTA ISABEL



Dr. Walter Roque Teixeira

- > Neurologista
- > Membro do Conselho Médico do Hospital Santa Isabel
- > Editor Chefe do Boletim Científico e Clinical News

A Neurologia/Neurocirurgia iniciou com o Dr. Luis Renato Mello (1970). A partir de 1975, enriquecida pelo Dr. Vitor Hugo Boer. Foram pioneiros no Vale. O Dr. Vitor, inclusive, estagiou na eletroencefalografia em Porto Alegre e iniciou a técnica no hospital.

Convidado, iniciei cheio de receios, mas com enorme vontade em março de 1980.

A formação básica no Instituto de Neurologia do Hospital de Clínicas de Montevideu (Uruguai) onde Neurocirurgia, Neurologia, Neuropediatria, Neurorradiologia, Neurofisiologia Clínica e outras subespecialidades como Neuropsicologia eram um único serviço, facilitou muito minha adaptação. Até 1983, quando chegou o primeiro Tomógrafo Computadorizado que realizava exames **somente do crânio**, fazíamos de tudo. Era comum a arteriografia por punção direta de carótidas como investigação rotineira ou em pacientes em coma; em um simples craniógrafo, ladeado por Anestesiista não muito satisfeito, investigávamos o paciente. A saga continuava e juntamente com o Dr. Marco Rodacki, Neurorradiologista recém-chegado, fazíamos Pneumoencefalografia, exame que representava verdadeira tortura para pacientes e executores. Nem se fale das famosas Ventriculografias e Mielografias com seus contrastes iodados.

Entre eletroencefalogramas de rotina, em pacientes do PS com dúvida diagnóstica ou mesmo observando o EEG durante injeção de medicamentos (especialmente "Diazepam"), tinha as visitas em uma série grande de pacientes, consultas, realizar punções lombares diagnósticas ou para injetar medicações, enquanto os colegas Neurocirurgiões permaneciam ininterruptamente em cirurgia. Nossa vida era no Hospital e ouvir qualquer sirene motivava ida ao PS. A ponto de ser questionado: "Walter, ainda não acabastes tua residência?". Mas trabalhávamos com alegria e foi um aprendizado incalculável.

Depois, chegaram os colegas João Natel Pollonio Machado, que iniciou a Eletroneuromiografia e Fernando Beduschi. Pioneiramente realizados, os primeiros Potenciais Evocados, inclusive para ajudar o diagnóstico de morte cerebral.

Já tínhamos melhores contrastes para as Mielografias, uma Tomografia Computadorizada de corpo inteiro que permitia estudo de coluna e arteriografia por cateterismo. Esqueci algo?

Hoje temos um time: Fábio Siquinelli, Juliana Fiquene, João Filipe de Oliveira e Guilherme Mendonça.

O HSI foi uma grande escola, um local incrível para trabalhar e que permitiu toda esta evolução em pouco mais de três décadas.

Por tudo isto, minha gratidão incomensurável.

"As coisas mudam no devagar depressa dos tempos".

(João Guimarães Rosa)

ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE E O TRATAMENTO CIRURGICO ATRAVÉS DA ARTRODESE VIA POSTERIOR



Dr. Luis Felipe Pamplona Novaes CRM 13048 TEOT 10682

- > Membro titular da Sociedade de Ortopedia e Traumatologia
 - > Membro titular da Sociedade Brasileira de Coluna e do Comitê de Cirurgia Minimamente Invasiva da Coluna
 - > Membro da North American Spine Society
 - > Fellowship na Klinikum Hildesheim Neurochirurgie e Leopoldina Krankenhaus – Alemanha
 - > Ortopedista do corpo clínico do Hospital Santa Isabel e IOT Blumenau – Blumenau/SC
- Dr. Paulo Antônio Bordone**
- > Membro titular da Sociedade de Ortopedia e Traumatologia
 - > Membro titular da Sociedade Brasileira de Coluna
 - > Ortopedista do corpo clínico do Hospital Santa Isabel e IOT Blumenau – Blumenau/SC

A escoliose idiopática do adolescente é a forma mais comum de deformidade da coluna vertebral. Por definição, é uma curvatura lateral da coluna vertebral associada a rotação das vértebras e das articulações costo-transversais (deformidade tridimensional da coluna), em um adolescente saudável e sem etiologia definida e com o diagnóstico realizado entre os 10 e 20 anos de idade. Os tecidos moles se retraem na concavidade da curva, surgem alterações nas formas das vértebras envolvidas; há deformidade em rotação fixa das vértebras. Esse processo é progressivo enquanto houver crescimento, após a maturidade esquelética há uma tendência a estabilização, embora curvas torácicas e curvas possam progredir 1 grau por ano. Quanto a etiologia, há diversas teorias embora nenhuma bem definida, sendo assim denominada idiopática. A herança genética é multifatorial, podendo ser autossômica dominante ou ligada ao sexo. A prevalência entre gêneros é mais frequente em meninas na relação 5:1.

Em geral o paciente é assintomático e muitas vezes com queixas estéticas no momento da consulta. Sinais como desnível dos ombros, progressão assimétrica das escápulas, assimetria das mamas, alteração na linha da cintura pélvica e obliquidade dos quadris estão presentes na escoliose. Na avaliação radiológica, são obtidas, obrigatoriamente, radiografias em anteroposterior e perfil com o paciente em pé e a partir são realizadas as medidas através do ângulo de Cobb (vértebras mais inclinadas)

O tratamento das escolioses depende da idade do paciente, potencial de crescimento e gravidade da curva. Pode ser, de uma maneira resumida em conservador e cirúrgico. Quando as curvas são graves e rígidas e os pacientes estão em fase final de crescimento o tratamento cirúrgico está indicado. O objetivo é produzir fusão entre as vértebras da deformidade na melhor posição de correção possível.

Até a década de 1960, tanto a correção da curva como a sua manutenção após a artrodeose eram obtidas externamente através de aparelho gessado (colete de gesso). A partir de então surgiram diversos materiais metálicos para a fixação das vértebras como amarrilhos, hastes, ganchos, etc. Na década de 1990 surgiram os parafusos pediculares que passaram a ser usados em toda a extensão da artrodeose. Esses implantes permitem a correção tridimensional da deformidade e tem maior estabilidade mecânica além de evitar o uso de coletes no pós-operatório. Como desvantagem é necessário maior treinamento por parte dos cirurgiões, bem como o custo dos implantes e risco de lesão neurológica.

Em busca da prevenção das complicações neurológicas que habitualmente ocorriam durante a correção de uma deformidade e do diagnóstico precoce dessas complicações houve o aprimoramento dos exames de potencial evocado sensitivo-motor intra-operatório. Assim, o neurofisiologista que acompanha a cirurgia pode detectar se há alguma disfunção medular avisando o cirurgião.

A cirurgia é realizada sob anestesia geral, monitorização neurofisiológica intra-operatória, transfusão de concentrado de hemácias quando necessário. O tempo médio de duração varia de conforme a complexidade do caso. O pós-operatório imediato é realizado em unidade de tratamento intensivo (UTI) e posteriormente em enfermaria.

Apresentamos um caso clínico operado no Hospital Santa Isabel em uma adolescente do sexo feminino, com 15 anos no momento da operação. Apresentava uma deformidade que a incomodava esteticamente e causava desconforto lombar recorrente. Foi submetida a cirurgia de artrodeose via posterior, monitorizada com potencial evocado sensitivo-motor intra-operatório e cuidados pós-cirúrgicos em UTI e na enfermaria totalizando 5 dias de internamento. Evoluiu sem complicações, hoje está satisfeita com o resultado e não tem limitação da sua vida diária.



PRECISÃO PARA
O MÉDICO,



TRANQUILIDADE
PARA O PACIENTE.

ecomax
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

EXIBITOR TÉCNICO RESPONSÁVEL
Dr. Marco R. Rodasini - CRM 2329 - RQE 585

CALENDÁRIO DE VACINAS DA SBP 2017



Dra. Janaina Braun Torresani Eberhardt

> Pediatra

> Coordenadora do Serviço de Clínica Pediátrica

A cada ano, a Sociedade Brasileira de Pediatria, juntamente com a Sociedade Brasileira de Imunizações, elabora o calendário de vacinas, neste ano 2016/2017.

Além de definir idades e doses de cada vacina, o calendário compreende, de forma resumida, algumas orientações para situações específicas e notas sobre cada vacina.

A grande novidade desse ano (2016-2017) é a inclusão de uma nova vacina, a vacina da dengue, preconizada em três doses (0, 6 e 12 meses) para indivíduos de 9 a 45 anos.

A única vacina licenciada é do laboratório Sanofi Pasteur (Dengvaxia®), disponível nos serviços privados do Brasil. Trata-se de vacina de vírus vivos atenuados, tetravalente, com quatro cepas recombinantes vivas atenuadas do vírus da dengue.

Em nota técnica a SBIm relata a segurança da vacina, comprovado por vários estudos científicos com mais de 20.000 pacientes. Os principais eventos foram cefaleia, fadiga, mialgia e febre.

Sobre a eficácia, dois estudos foram realizados, um com 10.275 participantes e outro com 20.869 participantes. Analisaram três aspectos: dengue laboratorial, dengue grave e hospitalização pela doença.

De uma maneira geral e consistente, indivíduos previamente infectados por algum sorotipo de dengue demonstraram uma melhor eficácia da vacina em comparação com aqueles nunca expostos. A soroprevalência para dengue encontrada em nosso país (Goiânia, Fortaleza, Natal, Campo Grande e Vitória) foi de 70%.

A eficácia total para todos os sorotipos em pacientes maiores de 9 anos foi de 65,5% (95% CI 60,7-69,9%) sendo maior nos pacientes que apresentavam soropositividade prévia 81,9% (95% CI 67,2-90,0%). A eficácia demonstrada para formas graves da doença foi de 95,5% e para prevenção de hospitalização de 80,3%.

Não há dados publicados sobre interferência na resposta imune quando da aplicação simultânea com outras vacinas, embora, em recente publicação, a OMS tenha considerado permissível o uso com vacinas inativadas, pelo baixo potencial risco de interferência.

Contraindicações

A vacina não deve ser administrada em indivíduos portadores de imunodeficiências congênitas ou adquiridas, incluindo aqueles em imunoterapia imunossupressora. Também não deve ser aplicada em gestantes, lactantes e pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Introdução no PNI (Programa Nacional de Imunizações)

O comitê técnico de imunizações reconhece que o licenciamento de uma vacina para prevenção de dengue é um grande avanço para o controle da doença, mas entende que os resultados dos estudos em andamento são necessários para a definição da utilização da vacina no Brasil. Destacando-se as avaliações de custo efetividade, soroprevalência e as estimativas do custo da carga da doença. Esses dados irão aportar maiores subsídios para o planejamento dos recursos financeiros e orçamentários e fundamentarão a decisão política institucional de inclusão ou não da vacina no calendário nacional.

A SBIm (Sociedade Brasileira de Imunizações), SBI (Sociedade Brasileira de Infectologia) e SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria) recomendam, em seus calendários, o uso rotineiro da vacina da dengue para pessoas de 9-45 anos em região de risco para a doença.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO 2017 (Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria)

	IDADE												
	Ao nascer	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	12 meses	15 meses	18 meses	4 a 6 anos	11 anos	14 anos
BCG ID ¹	●												
Hepatite B ²	●	●		●		●							
DTP/DTPa ³		●		●		●			●		●		
dT/dTpa ⁴													●
Hib ⁵		●		●		●			●				
VIP/VOP ⁶		●		●		●			●		●		
Pneumocócica conjugada ⁷		●		●		●		●					
Meningocócica C e A,C,W,Y conjugadas ⁸			●		●		●	●			●	●	
Meningocócica B recombinante ⁹			●		●		●	●					
Rotavírus ¹⁰		●		●		●							
Infuenza ¹¹						●	●						
SCR/Varicela/SCRV ¹²								●	●				
Hepatite A ¹³								●		●			
Febre amarela ¹⁴	A partir dos 9 meses de idade												
HPV ¹⁵	Meninos e Meninas a partir dos 9 anos de idade												
Dengue ¹⁶	Para crianças e adolescentes a partir de 9 anos de idade												



1 - Evite colocar ou manter cateteres urinários para incontinência, por conveniência ou para monitorar o débito de pacientes que não estejam em condições críticas (indicações aceitáveis: doença crítica, obstrução urinária, para pacientes terminais e perioperatoriamente por <2 dias para procedimentos urológicos; para o monitoramento da diurese deve-se utilizar o peso corporal).

Infecções do trato urinário associadas a cateter são as infecções mais frequentemente associadas à assistência a saúde. O uso de cateteres urinários para incontinência ou por conveniência sem indicação apropriada ou duração ideal especificada de uso aumenta as chances de infecção e costuma estar associado à maior morbidade, mortalidade e custos dos cuidados de saúde. As diretrizes publicadas sugerem que os hospitais e as instituições de cuidados de longa permanência deveriam elaborar, manter e promulgar políticas e procedimentos acerca das indicações para inserção de cateter, técnicas de inserção e manutenção, estratégias de interrupção e indicações para substituição.

2 - Evite receitar medicamentos para a profilaxia das úlceras de estresse em pacientes internados, a menos que haja elevado risco de complicações gastrointestinais.

Conforme as diretrizes publicadas, não se recomenda dar medicamentos para a profilaxia das úlceras de estresse em pacientes adultos fora de uma UTI. Os antagonistas de receptores de histamina-2 (ARH2) e os inibidores da bomba de prótons (IBP), comumente usados para tratar as úlceras de estresse, estão associados a eventos adversos relacionados a medicamentos e à elevação dos custos da medicação e costumam aumentar a susceptibilidade à pneumonia adquirida na comunidade e às infecções por *Clostridium difficile*. A adesão às diretrizes terapêuticas ajudará os profissionais de saúde a reduzir o tratamento de pacientes sem fatores de risco clinicamente importantes para hemorragia gastrointestinal.

3 - Evite transfusões de hemácias para limiares arbitrários de hemoglobina ou hematócrito, na ausência de sintomas de doença coronariana ativa, insuficiência cardíaca ou acidente vascular encefálico.

A *American Association of Blood Banks* (AABB) recomenda adesão a uma estratégia restritiva à transfusão (de 7 a 8 g/dL) para pacientes internados estáveis. A AABB sugere que as decisões relativas à transfusão sejam influenciadas tanto por sintomas quanto pelas concentrações de hemoglobina. Segundo uma Conferência para Desenvolvimento de Consenso dos NIH, não se deve usar apenas um critério para indicação de terapia com concentrado de hemácias. Deve-se, sim, considerar vários componentes relaciona dos ao estado clínico do paciente e ao transporte de oxigênio.

4 - Não solicite o monitoramento contínuo fora da UTI sem usar um protocolo para reger a continuidade.

O monitoramento por telemetria tem utilidade ou benefício mensurável limitado em pacientes com dor torácica de baixo risco com eletrocardiograma normal. As diretrizes publicadas fornecem claras indicações para o uso do monitoramento telemétrico amparadas pela frequência, gravidade, duração e condições nas quais ocorrem os sintomas. O uso inapropriado do monitoramento telemétrico pode aumentar os custos dos cuidados e gerar falsos positivos, criando um potencial de erros na conduta do paciente.

5 - Evite repetir vários hemogramas completos ou exames plasmáticos diante de uma estabilidade clínica e laboratorial.

Costuma-se retirar muito sangue dos pacientes internados durante períodos bastante curtos para a realização de exames diagnósticos. A venopunção diária está muito associada a mudanças nos níveis de hemoglobina e hematócritos dos pacientes e pode contribuir para a anemia. Essa anemia, por sua vez, pode ter consequências significativas, especialmente para pacientes com doenças cardiopulmonares. Além disso, reduzir a frequência da punção cotidiana desnecessária pode levar a consideráveis economias para os hospitais.

Fonte: www.choosingwisely.org

EXPEDIENTE



Dra. Jaqueline Okada (Direção Clínica): jaqueok@terra.com.br
 Dr. Juliano Coelho Ludvig (Vice-Direção Clínica): juliano@esadi.com.br
 Dr. Fábio Siquinelli (Presidência CEHOSI): cehosi@terra.com.br
 Dr. Marcos De Toni (Coordenação COREME): ensino@santaisabel.com.br
 Dr. Walter R. Teixeira (Conselho Médico): wakalile@terra.com.br
 Leticia Venera (Assessoria de Comunicação): comunicacao@santaisabe.com.br
 Philipe Oliveira (Assessoria de Comunicação): comunic02@santaisabel.com.br