

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA**

Provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Dr. Kalil Rocha Abdalla

Presidente da Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho
Dr. José Cândido de Freitas Junior

Diretor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Prof. Dr. Ernani Geraldo Rolim

Diretor do Departamento de Medicina: Prof. Dr. Carlos Alberto da Conceição Lima

Presidente do Centro de Estudos “Pedro Jabur” do Departamento de Medicina
Profa. Dra. Ida Alzira Gomes Duarte

**XVII JORNADA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
7 a 8 de agosto de 2008**

Análise da demanda de atendimentos do Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Comar Jr AD, Fakhouri AS, Coelho G, Lara PM, Torigoe DY, Souza BDB

Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: O sistema único de saúde (SUS) criado pela Constituição Federal de 1988 tinha como objetivo o atendimento público em saúde para toda população brasileira. A saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é uma das trinta e uma unidades prestadoras de serviços (UPS) do SUS do município de São Paulo na especialidade de Reumatologia. **Objetivo:** Avaliar quantitativamente a demanda de atendimentos da especialidade de reumatologia no Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul (AEGB) da Santa Casa de São Paulo.

Materiais e Métodos: Realizamos um estudo observacional em um serviço de atendimento ambulatorial de nível secundário e terciário entre agosto de 2006 e setembro de 2007. Uma amostra representativa de 3 meses consecutivos foi utilizada com análise do número de atendimentos, localidade e instituições de origem e diagnóstico firmado. Foram utilizados dados do DATASUS e banco de dados da disciplina de reumatologia do departamento de clínica médica.

Resultados: No ano de 2006, foram registradas 6320 consultas ambulatoriais no AEGB, onde é realizada uma parcela dos atendimentos da especialidade de reumatologia. Destes, 2411 (38,14%) foram casos novos encaminhados tanto dos demais ambulatórios da Santa Casa, bem como de serviços de atendimento primário. Observamos que 74% dos pacientes foram encaminhados dos ambulatórios da própria instituição, sendo 16,8% provenientes da disciplina de Clínica Médica. 31,6% dos diagnósticos firmados foram de fibromialgia, sendo o mesmo número atingido por osteoartrite. 30% dos pacientes atendidos eram provenientes da zona leste do município, 26% da região centro-oeste, 17% zona norte e 12% da zona sul. **Conclusão:** Na amostra utilizada encontramos um percentual significativo de pacientes com doenças consideradas de atenção primária, uma grande demanda de atendimentos de origem da própria instituição e de localidades fora da área de abrangência programada pelo SUS.

Acometimento cutâneo em LMMC

Rocha TMBS, Pinto MSG, Barbosa JPC, Battaglini R, Fortier S, Martucci DF, Chiattoni A, Helman R, Paes RP, Bortolheiro TC, Chiattoni CS

Serviço de Hematologia e Hemoterapia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A LMMC é uma doença clonal caracterizada por monocitose, ausência de cromossomo Filadélfia, menos de 20% de blastos no sangue periférico ou medula óssea e displasia envolvendo uma ou mais linhagens hematopoéticas. A idade média de acometimento é de 65-75 anos com predominância para o sexo masculino. Em aproximadamente 50% dos casos, o número de leucócitos é normal ou diminuído e nos demais casos em que este número está aumentado, as características clínicas são bastante semelhantes às das doenças mieloproliferativas. A presença de linfonodomegalias e hepatoesplenomegalias é mais marcante no grupo com hiperleucocitose. Como não há tratamento específico, a sobrevida média dos pacientes é de 20-40 meses com aproximadamente 15-30% de progressão para leucemia aguda. O envolvimento cutâneo, ao contrário da leucemia aguda monoblástica é bastante raro, com aproximadamente 15 casos descritos na literatura.

Relato de caso: Paciente sexo feminino, 50 anos, natural da Bahia e procedente de São Paulo, com antecedente de tabagismo e HAS. Atendida no Serviço de Hematologia da Santa Casa de São Paulo em fevereiro de 2007 com queixa de aparecimento de lesões eritemato-nodulares em toda face e tronco há aproximadamente 3 meses. Referia febre, perda de peso e sudorese noturna. Ao exame físico, apresentava linfonodomegalias em todas as cadeias e hepatoesplenomegalia. Hemograma de entrada com Hb 10,6 VCM 90, Leuco 47.100/mm com 39% monócitos e plaquetas de 82 mil. Todas as sorologias foram negativas. A biópsia de pele revelou infiltração cutânea por processomieloproliferativo. O mielograma mostrou hiperplasticidade com 13% blastos, 14% monócitos e 65% granulócitos com displasia intensa. A imunofenotipagem também foi compatível com LMMC. Foi realizada biópsia de linfonodo que mostrou tratar-se de sarcoma granulocítico. A paciente iniciou tratamento com hidroxiuréia, porém, após 3 meses de tratamento, evoluiu com piora dos sintomas clínicos e transformação da doença com 27% blastos na medula óssea. Foi realizada quimioterapia de indução com antraciclina e citarabina com retorno da doença para fase crônica e como paciente possui irmã compatível, atualmente está inscrita para realização de transplante de medula óssea neste serviço.

Conclusão: O acometimento de pele é um evento raro em LMMC existindo poucos relatos na literatura. A maioria dos casos descritos apresenta padrão de acometimento de pele bastante semelhante ao do caso relatado, porém, na maioria das vezes, este acometimento ocorre em uma fase mais tardia da doença.

Adenoma hipofisário de rápida evolução em paciente jovem

Chekin G, Ferreira AB, Minanni CA, Santos E, Jorge TWC, Martins LM, Marrochi LC
Clínica Médica – Área III – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Os tumores hipofisários produtores de hormônio somatotrófico (GH) respondem de 10 a 15% dos tumores hipofisários. Não raro, os tumores produtores de GH são mistos, ou seja, secretam mais de um hormônio. A acromegalia é a manifestação dos adenomas em adultos, sendo estimada em 3 casos por milhão, sem diferença entre gêneros e melhor reconhecida após terceira ou quarta décadas de vida (em geral, 10 anos sob o efeito do excesso de GH). Suspeita-se do diagnóstico devido alterações do aspecto facial: prognatismo, aumento do nariz e dos lábios, dos espaços entre os dentes e macroglossia. Habitualmente, os pacientes referem história de aumento progressivo do número dos calçados e da cintura; não usam anéis; e apresentam hiperidrose. Outras manifestações comuns incluem artrite (75%), síndrome do túnel do carpo (50%), cefaléias e déficits dos campos visuais dependendo da localização e extensão do crescimento tumoral. A acromegalia eleva a taxa de mortalidade em 2 ou 3 vezes devido ao comprometimento cardíaco por hipertrofia (prevalência de HAS 25 a 35% e de DM2 10 a 15%) podendo levar a isquemia coronariana ou insuficiência cardíaca congestiva, além do risco cérebro-vascular. Portanto, a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado até redução à normalidade dos valores de GH. A triagem mais apropriada de acromegalia é a dosagem de IGF-1, porém o teste de maior confiabilidade para o diagnóstico é o teste de tolerância à glicose: em indivíduos normais há supressão da secreção de GH, e o aumento paradoxal confirma a acromegalia.

Caso: Paciente JFGJ, 29 anos, deu entrada no pronto socorro com queixa de vertigem há 6 horas com duração de aproximadamente 1 hora. Ao exame paciente apresentava-se em bom estado geral, sem alterações hemodinâmicas ou neurológicas. Notava-se na inspeção geral do paciente certa desproporção das extremidades (mãos, pés, orelhas e mandíbula). Fez-se Hipótese Diagnóstica de Acromegalia. Foi realizada tomografia de crânio que revelou imagem em região hipofisária compatível com microadenoma de hipófise. Ao ser questionado sobre o aumento de extremidades o paciente relatou que nos últimos sete meses o número de seus sapatos mudou de 40 para 44 e que os amigos e familiares relataram que suas mãos estavam aumentadas; relatava também que neste mesmo período a língua havia aumentado de volume, os dentes estavam mais separados, as mãos formigavam à noite, além de apresentarem sudorese mais intensa que o habitual, e a voz estava rouca. O paciente foi internado para investigação diagnóstica. Foram realizados exames laboratoriais com os seguintes resultados: IGF-1: 978 mg/ml (116-424); IGFBP-3: 10200 mg/ml (3400-7600); Teste de supressão com glicose (0-120 minutos): todas as medidas acima de 10,0 mg/ml. Foram realizadas dosagens de cortisol no soro e de prolactina, ambas com níveis normais. Com os resultados laboratoriais e de imagem, associados à história do paciente, determinou-se o diagnóstico como acromegalia. Para programação cirúrgica foi realizada ressonância nuclear magnética que revelou: adenoma hipofisário à direita (0,9 x 0,8 cm) aderido, porém não infiltrado à carótida interna; ao ecodoplercardiograma não foram evidenciadas alterações. Paciente foi encaminhado à neurocirurgia para programação cirúrgica.

Discussão: Como os resultados laboratoriais e de imagem (RNM) corroboram para o diagnóstico de adenoma hipofisário produtor de GH procede-se ao tratamento com objetivo de reverter ou impedir os efeitos expansivos do tumor e reduzir a taxa de morbi-mortalidade a longo prazo principalmente. Ademais, a desfiguração facial deixa de progredir e há significativa resolução das alterações de tecidos moles e melhora dos distúrbios metabólicos. Os macroadenomas possuem menor taxa de cura após cirurgia (30%), já os microadenomas normalizam os níveis de GH e IGF-1 após cirurgia transesfenoidal em 60-80 % dos casos. O paciente em questão será submetido à neurocirurgia devido a indicação cirúrgica do tumor e preferência do paciente. O teste com dexametasona fora realizado devido a uma dosagem de ACTH aleatória acima dos valores da normalidade. O resultado do teste esteve no limite superior da normalidade o que não comprova associação do tumor adrenocorticotrófico ao somatotrófico, no entanto nos encaminha para uma documentação acadêmica e abrangente do perfil hormonal deste paciente.

Aneurisma micótico decorrente de endocardite bacteriana

Ribeiro MA, Santos E, La Falce TS, Eras AE, Paganini CBL, Todeschini AB, Gorzoni ML
Clínica Médica – Área III – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A endocardite bacteriana é caracterizada pela formação de vegetações valvares compostas por plaquetas, fibrina, microorganismos e células inflamatórias.

A complicação mais grave da doença é a embolização séptica destacando-se o acometimento do sistema nervoso central. Complicações neurológicas se desenvolvem em aproximadamente 25-35% dos casos, mas podem ser prevenidas com a instituição de antibioticoterapia adequada.

Relato de Caso: Paciente de 52 anos, sexo masculino, sem antecedentes mórbidos conhecidos, referindo tabagismo e etilismo social, deu entrada no PS da Santa Casa trazido por conhecidos que referiam história de febre não aferida e confusão mental, não sabendo informar a quanto tempo.

Ao exame físico apresentava-se febril, com sopro sistólico em foco mitral, força muscular diminuída em hemisfério direito, paralisia facial central a direita, afasia de expressão e dentes em péssimo estado de conservação. Hemograma

revelou leucocitose (14.900/uL com 78% neutrófilos segmentados). Na admissão apresentava VHS de 75 mm e PCR 14,8. Foram colhidas 4 amostras de hemocultura que vieram negativas. Recebeu inicialmente ampicilina, vancomicina e gentamicina, que foram substituídos pela associação vancomicina, rifampicina e ceftriaxone. A tomografia de crânio não mostrou alterações. O ecocardiograma transesofágico evidenciou lesão em valva mitral com vegetação de 14 mm em face atrial. Após 11 dias evoluiu com rebaixamento do nível de consciência (coma grau 2), hipotensão e picos febris, nova tomografia de crânio evidenciou hemorragia subaracnóidea Fisher II em região de núcleos da base a esquerda. Optou-se por conduta conservadora, mantendo antibioticoterapia e suporte clínico. Após 4 dias afebril e com melhora do estado geral, apresentou coma grau 4, hipertensão, bradicardia e piora do sopro cardíaco, tendo sido transferido para unidade semi-intensiva e submetido a intubação orotraqueal. Nova TC de crânio evidenciou hemorragia subaracnóidea Fisher IV sem indicação de intervenção cirúrgica. O paciente cursou com pupilas anisocóricas que se tornaram midríaticas fixas e ausência dos reflexos de tronco. No mesmo dia após 18 horas foi a óbito.

Discussão: Embora apresentasse hemoculturas negativas, não preenchendo todos os critérios de Duke, o paciente apresentava quadro clínico muito sugestivo de endocardite bacteriana, tendo-se optado por antibioticoterapia empírica. A literatura menciona uma taxa de 2 a 7% de hemoculturas negativas em pacientes com endocardite. A hipótese feita foi de AVE isquêmico secundário à embolização, com conversão em AVE hemorrágico. A primeira TC de crânio não mostrou alterações, ficando inicialmente descartada a possibilidade de evento hemorrágico, mas não de fenômeno isquêmico. O novo rebaixamento do nível de consciência exigiu nova tomografia, que confirmou hemorragia. O consenso ACC/AHA de 2006 recomenda cirurgia para troca de válvula em algumas situações específicas, dentre elas a presença de vegetação maior que 10 mm de diâmetro. No entanto a necessidade de anticoagulação durante procedimento eleva o risco de progressão da área infartada e/ou conversão de um evento isquêmico em hemorrágico, tendo sido então optada por conduta conservadora.

Apresentação atípica de hiperparatireoidismo

Minanni CA, Ferreira AB, Chekin G, La Falce TS; Todeschini AB; Massaia IFDS
Clínica Médica – Área III – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: O hiperparatireoidismo primário pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais prevalente antes dos 45 anos. Seus sinais estão ligados ao aumento de PTH e a hipercalcemia, sendo esta uma anormalidade metabólica comum, porém pouco diagnosticada por ser freqüentemente assintomática.

Relato de caso: Paciente de 48 anos, sexo masculino, procurou atendimento no Serviço de Emergência com quadro de ataxia e incontinência urinária há 6 dias, evoluindo com sonolência no dia da internação. O acompanhante relatava também que o paciente apresentava perda ponderal de 10 kg no último mês, constipação intestinal, parestesia e paresia em membros inferiores. Com relação aos antecedentes pessoais, referia hipertensão arterial sistêmica em tratamento e ventriculoperitoneotomia há 10 anos, após desenvolver hidrocefalia como consequência de um traumatismo craniano, cursando há 2 anos com estenose de aqueduto secundário à um cisto periaquedutal, diagnosticado por RNM após quadro de sonolência e cefaléia. Ao exame físico apresentava-se sonolento, desorientado, mobilizando os quatro membros sem condições de se avaliar a força muscular, reflexos vivos globalmente, pupilas mióticas e pouco reagentes, sem sinais de meningismo ou movimentos involuntários e próstata aumentada ao toque retal. Foram aventadas as hipóteses diagnósticas de hidrocefalia obstrutiva e delirium hipoativo. Os exames laboratoriais de entrada evidenciaram hipercalcemia e alterações da função renal (Ca= 16,8 mg/dl; Ca ionizável= 6,2 mg/dl; Creatinina= 3,8 mg/dl; Uréia= 240 mg/dl; Potássio= 4,8 mg/dl; Magnésio= 1,8 mg/dl; Sódio= 189mg/dl; hemograma sem alterações). O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal, com intervalo QT curto. O paciente foi tratado com hidratação vigorosa, furosemida e dexametasona, evoluindo com remissão completa do quadro. Iniciou-se investigação para causas da hipercalcemia, pesquisando-se hiperparatireoidismo, mieloma múltiplo e câncer de próstata. A eletroforese de proteínas foi normal, bem como a dosagem de PSA. A dosagem de PTH de 1299 ng/ml confirmou o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário.

Discussão: Cerca de 50 a 60% dos diagnósticos de hipercalcemia são feitos em pacientes assintomáticos, sendo o quadro clínico, quando presente, composto por sintomas inespecíficos, como letargia, fraqueza muscular, confusão, anorexia, náuseas e vômitos, constipação, poliúria e polidipsia, sendo os sintomas neurológicos os de menor incidência. Existem 25 diagnósticos diferenciais para a hipercalcemia, e em aproximadamente 90% dos casos são decorrentes de hiperparatireoidismo primário (HPT) ou doença maligna complicada por hipercalcemia. As complicações mais frequentes são a desidratação, a insuficiência renal, a nefrolitíase e as arritmias cardíacas. As alterações neuropsiquiátricas variam desde dificuldade de concentração e ansiedade até alterações da personalidade.

Avaliação da qualidade do sono em idosos ambulatoriais

Armelin CB, Valente M, Carvalho GBA, Lima MLBS, Marques WV, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução e Objetivo: O processo de envelhecimento humano é caracterizado pela ocorrência concomitante de mudanças nos aspectos emocionais, cognitivos, sociais e físicos. Neste último aspecto, o padrão de sono de destaca por estar entre as queixas mais freqüentes dos idosos. Dada a importância do sono e da repercussão de seus transtornos à qualidade de vida da população geriátrica, este estudo foi proposto com o objetivo de avaliar a qualidade e o padrão de sono dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria.

Metodologia: Realizado estudo de corte transversal, com 141 entrevistas com os idosos seguidos no ambulatório do Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II- ISCMSP de outubro a dezembro de 2007, sendo incluídos os com idade acima de 60 anos e com MEEM (mini exame de estado mental) acima de 10. A entrevista era orientada pela aplicação do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). O PSQI é um instrumento de avaliação da qualidade do sono composto por 19 questões, que são agrupadas em 7 componentes: qualidade subjetiva do sono (C1), latência do sono (C2), duração do tempo de sono (C3), eficiência habitual do sono (C4), distúrbios do sono (C5), uso de medicações para dormir (C6) e disfunções durante o dia (C7). Cada componente é pontuado de "0" que indica sem dificuldade e "3" que indica com grande dificuldade. A soma dos 7 componentes resulta em uma score global de 0 (sem dificuldade) à 21 pontos (grande dificuldade em todas as áreas). O score global PSQI acima de 5 tem sensibilidade de 89,6% e especificidade de 86,5% ($\kappa=0,75$; $p<0,001$) em distinguir um sono bom do ruim.

Resultados: 62,4% dos idosos apresentam qualidade ruim do sono. No que se refere à latência do sono 36,8% demoram mais de uma hora para iniciar o sono. Menos de 50% dos idosos dormem mais de 7horas por noite e 22% dormem, menos de 5 horas. Apenas cerca de 40% dos idosos dormem 85% do tempo que ficam na cama. Apenas 12% dos idosos utilizavam hipnóticos mais de 3 x na semana para dormir, entretanto, nesse mesmo grupo 41% faziam uso de medicamentos psicotrópicos com efeito sobre o sono. Mais de 50% dos idosos tinham alguma disfunção durante o dia, como dificuldade para ficar acordado enquanto participava de atividade social e indisposição para realizar as atividades diárias.

Conclusão e discussão: Os resultados são concordantes com da literatura, mais da metade dos idosos ambulatoriais apresentam qualidade ruim do sono e eficácia do mesmo reduzida, com alta prevalência de distúrbio do sono e disfunção durante o dia, sendo todas estas alterações mais freqüentes nas mulheres.

Auto-anticorpos em pacientes com linfoma: estudo preliminar

Chaer FGG, Fakhouri AS, Coelho G, Souza BBD, Chiattonne CS
Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Ambulatório de Hematologia e Oncologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Distúrbios auto-ímmunes podem estar relacionados com várias patologias, como malignidades, doenças infecciosas e doenças difusas do tecido conjuntivo. As doenças linfoproliferativas estão entre as desordens mais associadas com estes distúrbios. Auto-anticorpos são encontrados com elevada freqüência nestas doenças, porém sem um papel patogênico ou uma correlação clínica bem estabelecida. Alguns autores postulam que deve haver associação entre auto-anticorpos e a imunidade anti-tumoral, porém não há evidências que confirmem. Embora estudos demonstrem um aumento significativo dos auto-anticorpos, há um pequeno aumento na prevalência de doenças auto-ímmunes nestes pacientes. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de anticorpos anti-nucleares no soro de pacientes com Linfoma, bem como as manifestações reumatológicas e sua correlação. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo em que foram realizadas análises do soro de 20 pacientes com Linfoma acompanhados no ambulatório de Hematologia da Santa Casa de São Paulo, além de um questionário em que foi avaliada a presença de manifestações reumatológicas associadas. Foram realizados FAN (Hep2), anti-DNA, anti-RNP, Anti-Sm, anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, ANCA (IF) e Fator Reumatóide de todos os pacientes. **Resultados:** Foram avaliados 20 pacientes, sendo 12 (60%) do sexo masculino e 8 (40%) do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi de 43 anos. O Linfoma Hodgkin Esclerose Nodular foi o subtipo mais encontrado (60%), seguido de Linfoma MALT (15%) e outros. As manifestações articulares mais prevalentes foram artralguas (55%), fraqueza muscular (25%), anemia hemolítica auto-ímmune (5%), vasculite (5%) e Raynaud (5%). A pesquisa dos auto-anticorpos resultou na presença do Fator Reumatóide em 3 (15%) pacientes, ANCA em 1 (5%), anti-Ro e anti-La em 1 (5%) paciente. **Conclusão:** A despeito das manifestações articulares, vasculares e dermatológicas que se mostraram prevalentes neste grupo de pacientes, não foi encontrada uma significativa correlação com os auto-anticorpos. O pequeno número de pacientes pode ter prejudicado a análise estatística e estudos futuros, com um grande número de pacientes, será necessário para estabelecer a real significância dos auto-anticorpos nas doenças linfoproliferativas.

Avaliação da distribuição dos pacientes com Linfoma de Hodgkin em acompanhamento no Ambulatório de Hematologia e Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Chiattonne A, Cançado RD, Chiattonne CS, Helman R, Barbosa JPC, Fortier SC, Martucci DF, Rocha TMS
Ambulatório de Hematologia e Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Linfoma de Hodgkin, também conhecido como doença de Hodgkin, é uma neoplasia do tecido linfóide, sendo definido pela presença das células malignas de Reed-Sternberg. O pico de incidência em relação à idade é bimodal, sendo um dos 15 aos 34 anos e outro com mais de 60 anos. Objetivo: Mostrar a distribuição dos pacientes com linfoma de Hodgkin (LH) que estão em acompanhamento no serviço de Hematologia e Oncologia da Santa Casa de São Paulo, em relação ao perfil clínico, histopatológico, tratamento e resposta ao tratamento.

Material e Método: Foram avaliados retrospectivamente 89 pacientes com diagnóstico de LH no período entre fevereiro de 1989 a abril de 2007, sendo coletados dados clínicos e laboratoriais relacionados à evolução destes pacientes.

Resultados: Observamos predomínio de pacientes na faixa etária entre os 20 aos 40 anos de idade (58,4%); 49 (55%) do sexo feminino; 85 (95,5%) pacientes com tipo histológico clássico, sendo 78 (87,6%) pacientes do subtipo esclerose nodular; 26 (29,2%) pacientes com estágio grau IVB; 17 (19,1%) pacientes com doença extranodal, principalmente acometimento pulmonar observado em 7 (7,8%) pacientes; presença de massa volumosa mediastinal em 26 (29,2%) pacientes; performance status (Ecog) 1 com 80 (89,8%) pacientes; 69 (77,5%) pacientes com comprometimento de medula óssea.

Com relação ao tratamento quimioterápico, 68 (80,9%) pacientes obtiveram resposta completa; 40 (45%) pacientes tratados com radioterapia associada; 13 (16%) pacientes necessitaram quimioterapia de salvamento por recaída ou progressão da doença e destes, 9 (10%) pacientes foram submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas.

Conclusões: Os dados obtidos neste estudo permitiram melhor análise do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com LH em nosso serviço e avaliar a eficácia e segurança do tratamento quimioterápico instituído. Os resultados obtidos em nosso estudo são concordantes com os resultados publicados na literatura.

Avaliação de fatores prognósticos e das respostas clínica, hematológica, citogenética e molecular em pacientes com leucemia mielóide crônica tratados com mesilato de imatinibe

Bortolheiro TC, Hungria VTM, Araujo DB, Quero AA, Alves RCSA, Chiattonne CS
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Disciplina de Hematologia e Oncologia

Introdução: O mesilato de imatinibe (MI), molécula inibidora da tirosino-quinase Bcr-Abl, uma oncoproteína envolvida na patogênese da leucemia mielóide crônica (LMC), revolucionou o tratamento da doença, provocando mudanças no algoritmo usado para seu tratamento. O MI foi usado pela primeira vez em 1998, para tratar pacientes com LMC refratária ou intolerantes ao IFN- α e mostrou respostas melhores e mais consistentes do que as outras modalidades terapêuticas disponíveis, levando-o a ser rapidamente indicado como tratamento de primeira linha para a LMC nos Estados Unidos e na Europa. Métodos: Para avaliar a eficácia e a segurança do MI em uma casuística brasileira, analisamos 120 pacientes com LMC, resistentes ou intolerantes ao IFN- α , nas três fases da doença, acompanhados no ambulatório do Serviço de Hematologia e Hemoterapia da Santa Casa de São Paulo, no período de outubro de 2000 a dezembro de 2005.

Resultados: A resposta hematológica completa foi de 98,7% na fase crônica (FC), na fase acelerada (FA) 71,4% , na crise blástica mielóide (CBM) 46% e na crise blástica linfóide (CBL) 40%. A resposta citogenética maior, na FC foi de 69,2%, na FA 33,3% na CBM de 33,3% e na CBL nenhum paciente obteve resposta citogenética. Nos pacientes que obtiveram resposta citogenética completa, a resposta molecular completa ocorreu em 12,8% dos casos e a resposta molecular maior em 28,2%. A sobrevida global na FC foi de 86,7% , na FA 35,7%, na CBM de 30,8% e na CBL de 20%. Os fatores preditivos mais importantes para sobrevida livre de progressão em pacientes na fase crônica foram a resposta citogenética maior aos seis ($p < 0,001$) e aos doze meses ($p < 0,001$). Análise multivariada mostrou que pacientes com maior número de blastos no sangue periférico têm 11,5 vezes mais chance de recidiva ($p < 0,046$) e pacientes com evolução clonal têm 18 vezes mais chances de recidiva ($p < 0,008$). Para a sobrevida global o fator prognóstico mais influente foi a resposta citogenética maior aos seis meses, sendo que, nos pacientes que a obtiveram, a sobrevida global foi significativamente maior ($p < 0,021$). Os efeitos colaterais foram, em geral, de fácil controle, sendo que apenas dois pacientes (1,6%) tiveram que interromper o tratamento por toxicidade relacionada ao medicamento. Houve maior incidência de efeitos colaterais gastrointestinais na FC e pancitopenia nas FA e CB.

Conclusão: O MI mostrou-se eficaz e seguro nos pacientes com LMC refratários ou intolerantes ao IFN- α , com resultados na FC semelhantes aos da literatura internacional.

Avaliação da capacidade funcional na admissão em instituição de longa permanência para idosos (ILPI)

Carvalho GBA, Badan AMN, Armelim CB, Lima MLBS, Marques WV, Pires SL
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II – ISCMSP

Introdução: O crescente aumento da população idosa demanda a utilização de instrumentos para avaliar a capacidade funcional, que ajudam a reconhecer a dependência para as atividades da vida diária, detectar disfunções cognitivas e buscar sinais de imobilidade. A escala de Katz (desenvolvida por Sidney Katz), é um destes instrumentos utilizados nos estudos de screening e avaliação longitudinal para detecção do declínio funcional. Significativo percentual de asilados apresenta dificuldade para realização das atividades da vida diária, sendo um dos motivos da institucionalização. A identificação o grau de dependência funcional dos pacientes admitidos em uma ILPI visa detectar possíveis déficits e instituir programas de prevenção ou de reabilitação precocemente.

Objetivo: Avaliar a capacidade funcional dos pacientes admitidos em hospital geriátrico e correlacionar com dados de capacidade cognitiva, procedência e presença de úlceras de pressão.

Casuísticas e métodos: Foram coletados dados da Avaliação Geriátrica Ampla aplicada nos pacientes admitidos no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005, com ênfase nos dados do questionário de avaliação da capacidade funcional de Katz e mini-exame de estado mental (MEEM). Análise estatística dos dados obtidos através do método yates corrigido do programa EPIINFO Versão 3.2.2.

Resultados e discussão: Foram admitidos 160 novos pacientes no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005 com predomínio do sexo feminino (58,10%), em relação ao sexo masculino (41,90%).

As faixas etárias mais prevalentes foram dos 81 aos 90 anos com 33,1%, seguido dos 71 aos 80 com 32,5% com 61 aos 70 com 27,5%, não havendo significância estatística quando comparado o grupo de octogenários ou não em relação à dependência funcional.

Quanto à pontuação do questionário de Katz, sendo considerado dependência funcional total a pontuação de 0 a 2, observou-se a incidência de 113 (70,62%) de dependentes.

O déficit cognitivo considerado resultado insuficiente no MEEM pelo grau de escolaridade, foi observado em 122 pacientes na admissão (76,3%) dos casos, mostrando uma importante relação de dependência e institucionalização com $p < 0,005$ com fator de risco para institucionalização de 1,54 (1,11 < RR < 2,15).

A procedência destes pacientes foi dividida em domicílio (16,9%) ou hospital (89,10%). O hospital como procedência para institucionalização demonstrou ser um importante fator de risco para dependência funcional, obtendo um risco relativo de 1,56 (1,04 < RR < 2,34), com p significativo. Destes 160 pacientes admitidos 57 (35,6%) apresentavam úlcera de pressão. A presença da lesão representa um fator de risco para dependência funcional com risco relativo de 1,38 (1,15 < RR < 1,66), com $p < 0,005$.

Conclusão: O estudo evidenciou que a maioria dos pacientes apresentava dependência funcional total, sendo este um motivo para admissão em ILPI. Observou-se também que déficit cognitivo úlcera de pressão procedência hospitalar são importantes causas para o mesmo. Assim deve-se tentar preservar a capacidade funcional do idoso par diminuir o número de institucionalização.

Doença hepática gordurosa não alcoólica: relato de caso e revisão de literatura

Borges DCM, Henares BB, Schulz PO, Pereira DCG, Marinho T, Oliveira M, Martins S

Introdução: A doença hepática gordurosa não alcoólica (NAFLD) é condição clínico-patológica comum, caracterizada por depósito de lipídeos no hepatócito. A lesão hepática caracteriza-se por esteatose macrovesicular, esteato-hepatite e/ou cirrose. A NAFLD é causa principal de morbidade e mortalidade entre as hepatopatias, podendo progredir para insuficiência hepática.

Relato do caso: D.S, 42 anos, masculino, natural e procedente de São Paulo, negro, portador de hipertensão arterial sistêmica em uso de hidroclorotiazida 25mg /dia, obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e hipogonadismo hipogonadotrófico. Nega etilismo. Há 2 anos com dor em pontada em hipocôndrio direito, intermitente. Investigação ambulatorial evidenciou aumento de transaminases, hipertrigliceridemia, sorologias para hepatite B e C negativas, ressonância magnética com esteatose e nódulos sólidos hepáticos. Biópsias hepáticas com esteatose e siderose. Cinética de ferro sem alterações. Iniciou tratamento com fibratos, dieta hipocalórica e atividade física, com melhora clínica e laboratorial.

Discussão do caso: A esteato-hepatite não alcoólica é caracterizada por achados histopatológicos compatíveis com doença hepática alcoólica em indivíduos sem consumo significativo de álcool. Associa-se com síndrome metabólica, uso de medicações, hepatite C, cirurgia bariátrica, entre outras. A hipótese diagnóstica é sugerida em caso de elevação persistente de aminotransferases séricas após exclusão de outras etiologias, como, neste caso, a hemocromatose. O padrão-ouro para o diagnóstico é a biópsia hepática.

A terapêutica para a doença ainda é pouco definida, sendo o controle dos fatores de risco, até o momento, a medida mais eficaz para evitar a progressão da doença.

Motivo do relato do caso: Doença de alta prevalência e pouco diagnosticada.

Cardioversor - desfibrilador implantável na prevenção primária e secundária de morte súbita em chagásicos

Lourenço UR, Almeida AL, Peroni AP, Pereira WL, Scatolini Neto A, Pelisser V, Ana Silva MRP, Gandra SMA, Rivetti LA, Franken RA

Serviço de Cardiologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A morte súbita cardíaca é um importante desafio para a saúde pública e apresenta importantes implicações econômicas e sociais em todo o mundo.

A Doença de Chagas ainda é um grande problema de saúde na América do Sul, sendo que cerca de 25% dos infectados desenvolverão a cardiopatia chagásica. Nesse grupo, é conhecida a importância das arritmias ventriculares dentre as principais causas de morte súbita.

Cardioversor - desfibrilador implantável (CDI) é considerado terapêutica padrão na prevenção primária e secundária em pacientes com alto risco de morte súbita, entretanto não há grandes estudos sobre a utilidade desta terapêutica em pacientes chagásicos.

Objetivo: Avaliar as terapias aplicadas pelo CDI em pacientes chagásicos na prevenção primária e secundária de morte súbita.

Material e Método: Avaliamos, através da análise de prontuário, pacientes chagásicos submetidos a implante de CDI, com ou sem resincronizador associado, em acompanhamento após implante de CDI no Ambulatório de Marcapasso da Irmandade da Santa Casa de São Paulo-SP de 01/08/03 a 31/07/07.

As terapias aplicadas pelo CDI foram avaliadas através dos eletrogramas endocavitários obtidos através das telemetrias realizadas durante o acompanhamento. Foi considerado terapia apropriada quando aplicado ATP ("anti-tachycardia pacing") ou choque em casos de taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular; e considerado terapia inapropriada quando aplicado ATP ou choque em casos de taquicardia supraventricular ou disfunção do dispositivo.

Para análise estatística foram utilizados os testes: T-Student, Qui-quadrado, Wilcoxon, Log-Rank e considerou-se significância $p < 0,05$.

Resultados: Foram avaliados 108 pacientes chagásicos, 67(62%) para prevenção primária (Grupo I) e 41(38%) para prevenção secundária (Grupo II).

Características dos pacientes estudados

	Grupo I	Grupo II	
Sexo masculino	54(81%)	26(63%)	$p=0,04$
Idade(anos)	52 ± 14	60 ± 11	$p<0,01$
Seguimento médio(meses)	15 ± 10	20 ± 18	$p>0,05$
Fração de Ejeção (%)	35 ± 13	47 ± 13	$p<0,01$
DDVE(mm)	65 ± 8	58 ± 8	$p<0,01$
AE(mm)	41 ± 10	40 ± 8	$p>0,05$

Dezesseis pacientes (24%) do Grupo I apresentaram 178 eventos (9 terapias apropriadas do CDI/paciente/ano), 74% destes eventos tratados através de estimulação anti-taquicardia(ATP). Vinte pacientes(49%) do Grupo II apresentaram 618 eventos (18,5 terapias apropriadas/paciente/ano), 78% tratados através de ATP. A taxa de terapia apropriada de 19% e 29% ao ano nos grupos I e II respectivamente. Todas as terapias apropriadas foram taquicardia ventricular, exceto 01 caso que apresentou fibrilação ventricular. Quatorze(13%) pacientes apresentaram choques inapropriados, 93% relacionados a arritmia atrial.

Conclusão:

Este estudo mostra que os pacientes chagásicos apresentam elevado número de terapias apropriadas pelo CDI, tanto no grupo para profilaxia primária quanto secundária, e estes dados podem mostrar a importância desta terapêutica na prevenção de morte súbita nesta população.

Fatores etiológicos para delirium em idosos admitidos em Unidade de Emergência

Marinho TT, Fabbri RMA, Gorzoni LM, Martins S, Oliveira MFA, Martins RC, Sprovieri SRS
Pronto Socorro Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: *Delirium* é definido como uma síndrome mental orgânica, sem etiologia específica, que acomete principalmente pacientes idosos, especialmente os hospitalizados. A taxa de ocorrência tem grande variabilidade, e isso se deve à heterogeneidade das populações envolvidas, bem como à presença de múltiplos fatores etiológicos associados. Seu diagnóstico é importante porque pode constituir-se muitas vezes como a única ou a principal forma de apresentação de uma doença potencialmente grave. Além disso, cursa com pior prognóstico tanto na vigência da internação, como após a alta hospitalar. Apesar de sua importância, estima-se que em 36,0-67,0% dos casos não é

feito o diagnóstico correto de *delirium*. Na sua abordagem, deve-se inicialmente estabelecer o diagnóstico síndrome, realizado através de critérios diagnósticos definidos, e identificar e tratar os fatores etiológicos envolvidos, visto que esta síndrome se refere a manifestações neuropsiquiátricas secundárias a doenças orgânicas. A busca do diagnóstico etiológico, bem como seu tratamento precoce e correto podem melhorar o prognóstico dos pacientes, especialmente os mais fragilizados.

Objetivos: Identificar os potenciais fatores etiológicos para *delirium* em pacientes idosos admitidos na Unidade de Emergência Clínica.

Metodologia: Foram avaliados prospectivamente pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, que deram entrada no Pronto Socorro Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, acometidos por afecções clínicas e com o diagnóstico de *delirium* à admissão. O diagnóstico de *delirium* foi realizado segundo os critérios do Confusion Assessment Method (CAM). Para a avaliação dos fatores etiológicos, foram colhidos dados diretamente dos prontuários médicos. Estes foram obtidos após consentimento livre e esclarecido dos acompanhantes responsáveis.

Resultados: Foram avaliados 32 pacientes admitidos no Pronto Socorro Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no período de dezembro de 2007 a junho de 2008, com quadro de *delirium*. A média de idade foi de 70,9 anos, sendo 17 homens (53,1%) e 15 mulheres (46,9%). Da casuística, 26 casos (81,2%) já utilizavam uma droga potencialmente capaz de desencadear *delirium*. A infecção esteve presente em 25 (78,1%) dos pacientes, sendo 11 (34,3%) de foco urinário, 10 (31,3%) de foco pulmonar, 3 (9,4%) de foco no sistema nervoso central e 1 (3,1%) de foco cutâneo. Alterações metabólicas foram encontradas em 7 (21,9%) dos pacientes. Houve evolução para óbito em 8 (25,0%) dos casos.

Discussão: Pela sua importância, o *delirium* deve ser considerado uma urgência médica. O diagnóstico síndrome deve ser rápido, bem como a investigação e a terapêutica dos potenciais fatores etiológicos envolvidos. Tipicamente, o *delirium* é de etiologia multifatorial, podendo ser atribuído virtualmente a qualquer afecção médica, uso ou abstinência de drogas. Qualquer condição que comprometa a função cerebral pode causar *delirium*, embora usualmente resulte de um número limitado de condições clínicas comuns. Na maioria dos casos torna-se difícil de atribuir apenas a uma causa responsável. Todos os potenciais fatores etiológicos devem ser avaliados e abordados. Medicamentos constituem-se como causa importante de *delirium*, especialmente entre os indivíduos mais vulneráveis. No presente estudo, a maioria dos pacientes fazia uso crônico de fármacos, o que, somado a outros fatores orgânicos, poderia contribuir para *delirium*. Os processos infecciosos, especialmente a infecção do trato urinário e a pneumonia, foram as causas mais prevalentes, visto que são afecções usuais em idosos que procuram o serviço de emergência. Ressalta-se, porém, que seus sintomas clássicos podem estar mascarados pela presença do *delirium*. Processos infecciosos menos comuns, mas não menos importantes devem lembrados, como no sistema nervoso central e pele, também observados no presente estudo. Distúrbios metabólicos, seja de causa primária ou secundária a outras enfermidades, são fatores que contribuem para o *delirium*, e foram encontrados em 21,9% dos casos avaliados.

Conclusão: Do presente estudo, pode-se concluir que:

- 1) O *delirium* tem etiologia multifatorial na maioria dos casos.
- 2) Medicamentos, doenças infecciosas e distúrbios metabólicos encontram-se entre os fatores etiológicos mais usuais.
- 3) A investigação e a terapêutica de todos os potenciais fatores etiológicos são importantes, visto que a presença simultânea dos mesmos ocorre em grande parte dos pacientes.

Dengue associado ao uso de salicilato em idosa

Pires SL, Massaia IFDS, Gorzoni ML

Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução: Arbovirose que afeta todas as faixas etárias, pouco se sabe sobre peculiaridades do quadro clínico e complicações que se relacionem ao idoso.

Relato do Caso; Mulher, 84 anos de idade, residente em Ubatuba. Acompanhada pelo ambulatório de Geriatria por depressão, hipertensão arterial, osteoartrite e obstipação intestinal. Medicada com antidepressivos, benzodiazepínicos, anti-hipertensivos e tiazídicos. Relata que em 02/08/2006 apresentou forte cefaléia holocraniana, calafrios e astenia, náuseas e vômitos. No dia seguinte, procurou emergência local que a reidratou, liberando-a na mesma data com melhora da sintomatologia. Devido à persistência da cefaléia, automedicou-se com comprimidos de ácido acetil salicílico 500mg nos 2 dias após alta hospitalar. Mantinha ainda o quadro de astenia e anorexia e notou lesões cutâneas e oculares, procurando então outro serviço médico. Referia que sua empregada estava com sintomatologia semelhante à sua. Hospitalizada em 09/08/2006, apresentava-se consciente, orientada, com tremores em repouso, hifema bilateral, hematomas em membros superiores e petéquias em membros inferiores. Prova do laço positiva. Tórax sem anormalidades e baço palpável a um dedo do rebordo costal esquerdo/linha axilar anterior. Hidratada com soro fisiológico (0,9%) apresentou durante sua internação e seguimento ambulatorial posterior as seguintes sorologias para dengue: 11/08 – IgM 2,4 IgG < 0,9 e 24/08 – IgM 3,1 e IgG 5,2. Recebeu alta hospitalar em 13/08/2006

sem intercorrências. Ao retorno ambulatorial, em 14/12/2006, assinou consentimento livre e esclarecido solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 002/07).

Discussão e Motivo da Apresentação: Pesquisa realizada em 29/12/2006 com os unitermos “Dengue” e “Elderly” no MEDLINE (<http://www.nlm.nih.gov/>) encontrou apenas uma casuística (Garcia-Rivera EJ, Rigau-Perez JG. - Rev Panam Salud Publica. 2003; 13:362) que relatava aspectos clínicos do dengue em idosos. Esses autores observaram prevalência de 4,65% pacientes com idade ³ 65 anos em 17666 casos soro positivos para dengue e concluíram que idosos afetados por essa virose apresentam maior risco de complicações, hospitalização e morte. Igual pesquisa, na mesma data, nada encontrou na *Scientific Electronic Library Online* - SciELO (<http://www.scielo.br/>) sobre os mesmos unitermos. Justifica-se assim a relato deste caso e a necessidade de mais estudos nessa faixa etária, notadamente abordando o risco de complicações relacionadas ao uso de fármacos potencialmente causadores de hemorragias.

Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência

Badan AMN, Ramos SAC, Braga FT, Lucchetti G, Pires SL, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução e Objetivo: Segundo a Organização Mundial de Saúde em 2002, conceituou cuidados paliativos como: “... Uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.” Existe uma demanda para estruturação de protocolos que auxiliem os profissionais da saúde a anordagem destes pacientes para diagnóstico precoce e tratamento específico. Assim neste estudo propôs avaliar um instrumento de identificação deste pacientes para cuidados paliativos em uma instituição de longa permanência (ILPI).

Desenho: Estudo Transversal

Materiais e métodos: Foi aplicado o *Palliative Care Screening Tool* (Ferramenta para triagem em cuidados paliativos que consiste em 4 esferas: doenças de base, doenças concomitantes, estado funcional e características pessoais) desenvolvido pelo Centro Avançado de cuidados paliativos (EUA), com o intuito de analisar quais pacientes poderiam ser beneficiados com uma avaliação paliativa. Esta ferramenta foi utilizada em todos os pacientes com mais de 60 anos pertencentes ao Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II (referência de leitos de retaguarda para o Sistema único de saúde em São Paulo) e foram valorizados escores acima de quatro pontos.

Resultados: Foram avaliados 420 pacientes institucionalizados e destes 276 foram incluídos em nosso estudo por possuírem idade superior a 60 anos, sendo 120 (43%) do sexo masculino e 156 (57%) do sexo feminino.

Após aplicação da escala, 239 (86%) dos pacientes tiveram um escore igual ou maior que quatro pontos, significando que deveriam ser avaliados por uma equipe de cuidados paliativos. As doenças de base mais prevalentes na amostra foram as doenças cerebrovasculares com 96 (34,7%) pacientes, seguido das síndromes demenciais com 68 (24,6%) e da síndrome do imobilismo com 41 (14,8%) pacientes. O diagnóstico de neoplasia foi identificado apenas em 9 (3,2%) pacientes, denotando a característica não oncológica de nosso serviço. Quanto as doenças concomitantes, as mais prevalentes foram: 65,2% com hipertensão, 27,5% com Insuficiência renal crônica e 21% com diabetes mellitus.

Conclusão: Os pacientes de instituições de longa permanência devem ser avaliados constantemente por equipes de cuidados paliativos, devido a grande prevalência de doenças em estágios mais avançados, como as doenças cerebrovasculares, síndromes demenciais e imobilismo. O uso de escalas de triagem importadas de outros países deve ser discutido em nosso meio, com o intuito da criação de uma nova escala que seja adequada para nossa realidade.

Depressão: prejuízo na qualidade do sono dos idosos

Armelin CB, Valente M, Carvalho GBA, Lima MLBS, Marques WV, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução e Objetivo: É bem conhecido que a prevalência e a intensidade dos transtornos do sono aumentam com a idade, assim como o diagnóstico de depressão. Estes estão associados a pior saúde física, cognitiva e emocional e podem implicar em dificuldade no exercício de funções sociais, diminuição da qualidade de vida e aumento do potencial para morbidades e mortalidade. Frente a estes fatos este estudo se propôs a avaliar a relação entre depressão e qualidade de sono dos idosos atendidos no ambulatório do Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Metodologia: Realizou-se Estudo de corte transversal, com 141 entrevistas estruturadas com os idosos em seguimento no ambulatório do Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II- Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no período de outubro a dezembro de 2007, sendo o critério de inclusão idade acima de 60 anos e o critério de exclusão o diagnóstico de síndrome demencial com MEEM (mini exame de estado mental) abaixo de 10, tendo sido

aplicado o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e feito o levantamento das comorbidades presentes. O PSQI é um instrumento de avaliação da qualidade do sono composto por 19 questões, que são agrupadas em 7 componentes: qualidade subjetiva do sono (C1), latência do sono (C2), duração do tempo de sono (C3), eficiência habitual do sono (C4), distúrbios do sono (C5), uso de medicações para dormir (C6) e disfunções durante o dia (C7). Cada componente é pontuado de "0" que indica sem dificuldade e "3" que indica com grande dificuldade. A soma dos 7 componentes resulta em uma score global de 0 (sem dificuldade) à 21 pontos (grande dificuldade em todas as áreas). O score global PSQI acima de 5 tem sensibilidade de 89,6% e especificidade de 86,5% ($\kappa=0,75$; $p<0,001$) em distinguir um sono bom do ruim. Seguiu-se então a análise de multivariável utilizando o software ANCOVA entre depressão e os componentes de avaliação do sono.

Resultados: Dos 141 idosos entrevistados, 51 (36,2%) tinham diagnóstico de depressão, e neste grupo a relação com qualidade ruim do sono (PSQI >5) foi estatisticamente relevante ($p<0,005$), não apenas no índice global mas em todos os componentes de avaliação da qualidade do sono: qualidade subjetiva do sono (C1- $p<0,005$), latência do sono (C2- $p=0,01$), duração do tempo de sono (C3- $p=0,01$), eficiência habitual do sono (C4- $p=0,01$), distúrbios do sono (C5- $p<0,005$), uso de medicações para dormir (C6- $p<0,005$) e disfunções durante o dia (C7- $p<0,005$).

Conclusão e discussão: O estudo vem corroborar o que a literatura já nos mostra, que existe uma estreita relação entre depressão e prejuízo na qualidade do sono, os idosos deprimidos dormem menos, dormem mal, utilizam mais hipnóticos, apresentam mais distúrbios do sono e disfunção durante o dia.

Diferenças entre idosos e muito idosos na admissão em instituições de longa permanência

Badan AMN, Luchetti G, Brusque ML, Carvalho GBA, Ramos SAC, Pires SL
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução e Objetivos: O conceito de muito idoso consiste em idosos acima de 80 anos, os quais possuem características diferentes dos idosos de faixa etária menor, assim o objetivo deste estudo é avaliar as necessidades e diferenças na prática clínica entre os pacientes idosos (60 a 79 anos) e os octagenários, também chamados de muito idosos que ingressam em uma instituição de longa permanência.

Desenho: Estudo coorte prospectivo

Materiais e métodos: Por meio de um protocolo de Avaliação Geriátrica Ampla seguindo os moldes preconizados pela SBGG, foram avaliados: fatores demográficos, déficit cognitivo, úlceras de pressão, comorbidades, escala funcional, suporte social e instituição de origem de todos os pacientes que ingressaram em uma instituição de longa permanência durante 2005 e 2007. Feito a seguir acompanhamento dos pacientes por um ano e verificada a causa e tempo de mortalidade.

Resultados: Foram avaliados 165 pacientes, destes 101 (61,2%) eram idosos (entre 60 e 79 anos) e 64 (38,8%) eram muito idosos (acima de 80 anos) sendo 57,8% do sexo feminino e 42,2% do sexo masculino. A idade mais baixa foi fator protetor para déficit cognitivo (OR: 0,26; IC95%: 0,10 a 0,64; $p<0,005$) e para úlceras de pressão (OR: 0,37; IC95%: 0,19 a 0,72; $p=0,005$), os pacientes octagenários eram em sua maioria do sexo feminino (73,4% X 26,6%; $p=0,001$). Quanto ao motivo da internação, comparando-se idosos e muito idosos tivemos AVC como causa da institucionalização em 40,6% X 17,2% respectivamente ($p<0,001$) e demência como causa em 20,8% X 57,8% ($p<0,001$) respectivamente. Não tiveram correlação com a idade: funcionalidade (avaliada pela escala de Katz), institucionalização prévia, mortalidade em 1 ano, procedência, presença da família, escolaridade.

Conclusão: Conclui-se que os pacientes muito idosos (acima de 80 anos) que são institucionalizados, possuem maior déficit cognitivo, são em sua maioria do sexo feminino, com maior acometimento por úlceras de pressão e possuem como causa básica da institucionalização o diagnóstico de síndrome demencial, ao contrário dos idosos de 60 a 79 anos em que o Acidente Vascular Cerebral é o mais comum.

Diferenças na procedência dos pacientes idosos no momento da institucionalização

Badan AMN, Lucchetti G, Lima MLBS, Costa MFCM, Bernal L, Pires SL
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução: A Institucionalização é uma opção para o cuidado do paciente idoso, principalmente quando apresentam alta dependência funcional. Assim observam-se diferenças entre os indivíduos no momento da institucionalização de acordo com o local de origem, pois se espera maior número de comorbidades nos pacientes proveniente de hospitais, em comparação com os provenientes de domicílios.

Objetivos: Avaliar as principais diferenças entre as procedências (casa, hospital ou outras instituições) encontradas entre os idosos que ingressam na institucionalização.

Estudo: Estudo transversal.

Materiais e métodos: Por meio de um protocolo de Avaliação Geriátrica Ampla seguindo os moldes preconizados pela SBGG, foram avaliados: fatores demográficos, déficit cognitivo, úlceras de pressão, comorbidades, escala funcional,

suporte social e local de origem (casa, hospital ou outra instituição) de todos os pacientes que ingressaram em uma instituição de longa permanência (referência de leitos de retaguarda para o Sistema único de saúde em São Paulo) durante 2005 e 2007.

Resultados: Foram avaliados 166 pacientes, destes 96 (57,8%) eram do sexo feminino e 70 (42,2%) do sexo masculino, 89 (53,6%) possuíam uma renda mensal de até um salário mínimo e somente 12 (7,2%) possuíam mais de 8 anos de estudo. Os pacientes provenientes de hospitais tiveram menos prevalência de úlceras de pressão (OR: 0,32; IC95%: 0,12 a 0,84; $p < 0,05$), já os provenientes de casa tiveram menos dependência funcional de acordo com a escala de Katz (OR: 0,33; IC95%: 0,14 a 0,78; $p < 0,05$). Não tiveram correlação com a procedência do paciente: sexo, depressão, suporte familiar, síndrome do imobilismo, renda mensal, etilismo, mortalidade em 1 ano, habitação, déficit cognitivo e escolaridade.

Conclusão e Discussão: Os pacientes admitidos em nossa instituição foram provenientes em sua maioria de hospitais de São Paulo. Quanto às diferenças de procedência, aqueles vindos de casa tiveram uma maior prevalência de úlceras de pressão mesmo com estados funcionais melhores em comparação com os dos hospitais. Quanto às possíveis causas para esse achado, podemos sugerir a alta sobrecarga do cuidador familiar e a falta de orientação para a família.

Reabilitação aquática associada à crioterapia no tratamento auxiliar da Esclerose Múltipla

Lima WZ

Centro Universitário Sant'Anna – "UniSant'Anna" – Fisioterapia

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) é doença neurológica crônica, de natureza inflamatória e desmielinizante, de causa desconhecida, que afeta a bainha de mielina e os axônios, de natureza provavelmente auto-imune e possivelmente desencadeada por eventos exógenos (fatores ambientais) em indivíduos susceptíveis (fatores genéticos). As manifestações clínicas na EM são variadas, conseqüentes à localização topográfica, com sintomas e sinais neurológicos recorrentes e sucessivos, ocorrendo geralmente em torno da terceira e quarta décadas da vida e afetando mais as mulheres.

Objetivo: avaliar em pacientes com EM a influência da Reabilitação Aquática associada à Crioterapia no tempo de permanência em piscina terapêutica aquecida e verificar os efeitos sobre fadiga, espasticidade, dor e qualidade de vida. **Caso:** Paciente do sexo feminino, 33 anos, em tratamento de EM há 10 anos, apresentando nesse período várias manifestações de surtos e remissões, com piora progressiva das manifestações clínicas, atualmente com importante limitação de movimentos, ataxia, fraqueza muscular, espasticidade, alterações sensitivas, fadiga e depressão. Em acompanhamento neurológico especializado, tendo recebido terapêutica com Interferon, corticóides, sintomáticos e cuidados fisioterapêuticos e psicológicos; encaminhada para reabilitação aquática, com a proposta de obter maior liberdade de movimentos e maior controle do tronco e marcha; observou-se que não tolerava a temperatura da água da piscina aquecida, única disponível; passou-se a utilizar três sacos de gelo, de tamanho médio, que a paciente usava em suaves fricções no corpo, e a seguir mantinha ao seu redor, para esfriar-se; com isto, o tempo de permanência na piscina aumentou gradativa e sensivelmente, com diminuição da fadiga e redução da espasticidade, sem causar dor ou desconforto, mostrando-se a paciente mais ativa, alegre e participativa.

Discussão: o tratamento da EM tem evoluído significativamente, tanto no controle dos sintomas como no dos surtos e manifestações tardias; entretanto, as eventuais incapacidades motoras, alterações emocionais e de qualidade de vida requerem a contribuição da fisioterapia convencional que, associada à hidroterapia, amplia sua ação; o tratamento hidroterápico em piscina aquecida pode levar a aumento da fadiga ou fraqueza do paciente; o uso da Crioterapia associada, como no caso descrito, baixando a temperatura corporal, permite maior tempo de permanência na água e melhores resultados terapêuticos.

Motivo da apresentação: divulgar a bem sucedida utilização da Crioterapia para ampliar o tempo e os efeitos benéficos da Fisioterapia Aquática em paciente com Esclerose Múltipla.

Experiência com teste FreeLite® na identificação de cadeia leve em pacientes com mieloma múltiplo

Hungria VTM¹, Quero AA¹, EQ Crusoé EQ¹, Martins AR², Santos MRA¹, Peres ALM¹, AraújoDB¹, Chiattonne CS¹

1. Disciplina de Hematologia e Oncologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2.

Laboratório Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Mieloma Múltiplo (MM) é caracterizado por proliferação de células plasmocitárias monoclonais e, na maioria dos casos, seus produtos podem ser identificados no soro e/ou urina.

As imunoglobulinas monoclonais e as cadeias leves livres são utilizadas para monitorizar a doença, assim como avaliar sua evolução e resposta ao tratamento. Esta avaliação pode ser realizada por eletroforese de proteínas (EFP), imunofixação (IF) e mais recentemente através da quantificação de cadeia leve livre no soro (CLLS). O FreeLite® é um desses novos métodos para detecção da CLLS. Possui grande aplicabilidade em MM e sua principal vantagem esta na

sensibilidade de identificação destas proteínas ao diagnóstico nos pacientes negativos à IF e EFP, além de possibilitar rápida avaliação de resposta ao tratamento.

Objetivo: Quantificação e avaliação do resultado de dosagem de CLLS de grupo de pacientes com MM em acompanhamento na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Métodos: Foram coletadas amostras sanguínea de pacientes com MM em diferentes fases de tratamento e evolução da doença. Estas amostras foram submetidas à centrifugação para obtenção do soro e congeladas. Foram dosadas as cadeias leves Kappa e Lambda destes soros, em equipamento Advia 1640 Bayer®, obedecendo a protocolo específico do The Binding Site®. O resultado da CLLS é dado pela razão entre os valores das cadeias K e L. São considerados normais, neste método, valores com razão K/L entre 0,26 e 1,65 %. Valores < que 0,26mg/l são positivos para Lambda e maiores que 1,65mg/L positivos para Kappa.

Resultados: Dos 47 casos avaliados 17 casos identificaram cadeia leve Kappa e 10 casos apresentaram cadeia leve Lambda. Os 20 casos restantes apresentaram-se com razão K/L normal. Dentre o total dos 47 casos, 20 avaliações do FreeLite® foram realizados em concomitância com imunofixação, apresentando concordância em 17 casos. Em 03 casos não concordantes, a IF marcou para alguma cadeia, entretanto o FreeLite® resultou em razão normal.

Conclusão: O teste FreeLite® é de fácil manuseio, podendo ser realizada na mesma aparelhagem de análise bioquímica geral, determinando menor subjetividade na interpretação dos resultados. Tem grande utilidade nas diferentes fases de tratamento, inclusive diagnóstica, principalmente em casos falso positivos não secretores por outras metodologias laboratoriais. Este estudo nos possibilitou o entendimento da técnica do teste FreeLite® para pacientes com MM. Com maior experiência entenderemos melhor a aplicabilidade deste teste no nosso meio.

Polifarmácia alo e fitoterápica

Pires SL, Gorzoni ML, Della Torre A

Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução: Polifarmácia - uso simultâneo de 3 3 medicamentos - é freqüente em idosos e deve ser sempre considerada em avaliações clínicas nessa faixa de idade.

Relato do Caso: Mulher, 75 anos de idade. Primeira consulta geriátrica ambulatorial para avaliação cognitiva. Há 3 meses com progressivos lapsos de memória para fatos recentes, pessoas e locais, lentificação da fala, náuseas, vômitos e anorexia. Portadora de doença reumatóide, hipertensão arterial, insuficiência renal não-dialítica e anemia de doença crônica inflamatória. Antecedentes de trombose venosa profunda em membro inferior. Em uso de: (1) Valsartana 80 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg (2) Amiodarona 200mg (3) Ácido acetilsalicílico 100 mg (4) Varfarina 2,5 mg (5) Leflunomida 20 mg (6) Rivastigmina 1,5 mg (7) Pantoprazol 40 mg (8) Bromoprida + celulase + dimeticona + pancreatina (9) Metoclopramida 10 mg (10) Bromoprida 10 mg (11) Vitamina D 20 gotas (12) Lisado de órgãos (13) Fórmula: difosfato de cloroquina 150 mg + garra do diabo (*H. procumbens*) 250 mg + *M. citrifolia* 250 mg + *M. sativa* (alfafa) 150 mg + *S. alba* (salgueiro-branco) 200 mg + *P. paniculata* 250 mg + *Commiphora* 200 mg + vitamina B12 300 mg + aspartato de cálcio 200 mg + aspartato de magnésio 150 mg + selênio/ complexo da aminoácidos 75 mcg + zinco quelato 30 mg + boro quelato 3 mg + manganês quelato 5 mg + coenzima q10 30 mg. Ao exame físico: Apática, descorada 2+/4+. Pele xerótica com hematomas. Não respondeu o mini exame do estado mental (MEEM). Sumário: (a) Polifarmácia, (b) Redundância de fármacos (bromoprida), (c) Associações perigosas (ácido acetilsalicílico, *S. alba* e varfarina), (c) Cascata medicamentosa (itens (7) a (10) + garra do diabo), (d) Uso sintomático de rivastigmina. Nova prescrição: valsartana 80 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg, amiodarona 200mg, varfarina 2,5 mg, leflunomida 20 mg e pantoprazol 20 mg. Retornou em 15 dias com melhora geral e nota 24 ao MEEM, assinando consentimento livre e esclarecido solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 001/07).

Discussão e Motivo da apresentação: Atendimentos médicos em decorrência de polifarmácia aumentaram de 7,0% em 1990 a 19,0% em 2000, possivelmente devido ao envelhecimento populacional. Sua prevalência oscila entre 17,4% e 25,4% em pacientes ambulatoriais e de 58,6% em institucionalizados. Cuidados nas indicações, dosagens e planos de tratamentos medicamentosos possibilitam a redução do desenvolvimento de polifarmácia. O uso simultâneo de alo e fitoterapia torna-se, por outro lado, risco maior de polifarmácia em casos como o relatado.

Poliartrite semelhante à artrite reumatóide atrasando o diagnóstico de mal de Hansen

Coelho G, Chaer FGG, Lara PM, Comar Jr AD, Campanholo CB, Souza BDB

Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. As manifestações mais comuns são de pele e neurológicas. As reumatológicas ocorrem em cerca de 1-3% dos casos, sendo mais comuns na forma virchowiana. Nas formas reacionais a prevalência de tais manifestações aumenta para cerca de 50%. **Objetivo:** relatar um caso de um paciente em que o quadro articular precedeu as manifestações

cutâneas. **Relato de caso:** homem, 41 anos, com poliartrite de mãos e punhos há nove meses acompanhado de rigidez matinal de 1 hora e fator reumatóide negativo. Feito o diagnóstico de artrite reumatóide e iniciado tratamento com metotrexate e prednisona. Após seis meses de tratamento evoluiu com melhora parcial do quadro articular e aparecimento de lesões em placa anular, contorno externo de coloração eritemato-ferruginosa em braço direito e abdome e lesões pápulo-nodulares eritemato-violáceas em membros inferiores, com teste de sensibilidade térmica alterado. A baciloscopia de lóbulo auricular demonstrou presença de bacilos isolados e em globias e a histopatologia demonstrou alterações compatíveis com a forma virchowiana. Foi iniciado tratamento para hanseníase e após 5 meses o paciente já apresentava melhora das lesões de pele e das queixas articulares. **Conclusão:** A manifestação reumatológica mais comum da hanseníase é a presença de poliartrite. Essas geralmente ocorrem em associação com as reações tipo I e II. Dois mecanismos são descritos como os responsáveis pelas manifestações articulares. O primeiro é a presença do bacilo intraarticular levando ao dano estrutural. O segundo esta relacionada a um estado reacional ao bacilo. Esse caso ilustra uma forma não usual de hanseníase em que a manifestação articular precede os sintomas cutâneos e neurológicos. A diferenciação entre as doenças reumatológicas pode não ser fácil, pois as manifestações articulares da hanseníase podem mimetizar a artrite reumatóide clinicamente e imunologicamente, já que foi demonstrado que o fator reumatóide tem uma positividade maior nos pacientes com hanseníase, quando comparados com a população normal.

Prevalência de anticoagulante lúpico e trombose vascular em pacientes em hemodiálise, com ou sem infecção pelo vírus da hepatite: resultados preliminares.

Carneiro DC, Cardoso MF, Garcia AM, Jabur P, Miorin LA, Souza JF, Sens YAS

Clinica de Nefrologia do Departamento de Medicina da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Pacientes em hemodiálise apresentam com frequência trombose do acesso vascular. Os anticorpos antifosfolípidos estão envolvidos na gênese da trombose, e é descrito que estão presentes em pacientes com IRC em diálise. Entre os anticorpos antifosfolípidos a trombose tem sido relacionada com maior frequência com anticoagulante lúpico (ACL) do que com anticardiolipina, tanto em pacientes com LES como com outras nefropatias. Além disso, a infecção crônica pelo vírus da hepatite B ou C, que é freqüente em pacientes em HD, tem sido implicado como causa de síndrome antifosfolípide.

Objetivo: analisar a prevalência de anticoagulante lúpico e a possível associação com eventos trombóticos em pacientes com IRC em hemodiálise portadores ou não do vírus da hepatite B ou C.

Pacientes e Métodos: Foram avaliados 33 pacientes com IRC em hemodiálise (excluído pacientes com LES). E comparados entre pacientes com e sem o vírus da hepatite B/C: dados demográficos, etiologia da IRC, tempo em diálise, história clínica de complicações trombóticas, e coletado amostras de sangue para dosagem de anticoagulante lúpico pelo método de ACCUCLOT.dRVVT Víbora de Russel. **Resultados:** A prevalência de anticoagulante lúpico na população estudada foi de 9%. Não houve diferença na frequência de trombozes ou presença de anticoagulante lúpico entre pacientes com ou sem o vírus da hepatite B/C (Tab. 1).

Tabela 1. Comparação dos dados demográficos, clínicos e da prevalência de trombose vascular e de anticoagulante lúpico entre pacientes com IRC em hemodiálise com e sem o vírus da hepatite B ou C.

	Pacientes sem infecção pelo vírus da hepatite B/C	Pacientes com infecção pelo vírus da hepatite B/C	<i>p</i>
N	17	16	
Infecção pelo Vírus			
Hepatite B	-	25,0% (4/16)	
Hepatite C	-	75,5% (12/16)	
Idade (anos)	41,4 ± 14,7	43,3 ± 12,7	0,681
Sexo M:F	7:10	8:16	
Raça B: não Branca	11:6	7:9	
Doença de Base (%)			
GNC	52,9% (9/17)	43,7% (7/16)	
HAS	17,6% (3/17)	31,2% (5/16)	
Outras	29,4% (5/17)	25,0% (4/16)	0,666
Tempo de Diálise (m)	56,3 ± 36,5	87,9 ± 66,0	0,082
Trombose (%)	11,7% (2/17)	25% (4/16)	0,398
Anticoag. Lúpico (+)	11,8% (2/17)	6,25% (1/16)	0,956

Conclusões: Na população estudada de pacientes com IRC em hemodiálise a prevalência de anticoagulante lúpico foi baixa. Não houve diferença na frequência de eventos trombóticos ou na presença de anticoagulante lúpico entre pacientes com e sem o vírus da hepatite B ou C.

sex	Id	raç	D. base	T HD	Hepatite	Trombose/ Aborto	ACL	Outros
1	M	48	B	R Polic	48m	-	N	
2	M	23	B	GNC	96m	-	N	
3	F	40	B	LES	48m	Aborto	N	
4	M	30	B	HAS	96	TV	N	
5	F	52	NB	GNC	108	TV	N	Suprale
6	F	29	B	PNC	84	Aborto	N	
7	M	27	NB	DM	24	TV	N	
8	M	36	NB	GNC	108	TV	N	
9	M	48	B	GNC	60	TV FAV e MI	N	
10	F	26	B	GNC	96	TV + Aborto	N	
11	M	53	B	NIC	96	TV	N	
12	F	83	B	HAS	12	TV + Aborto	N	
13	F	65	NB	DM	?	Aborto	N	
14	M	43	NB	HIV+ GNC	2	-	N	
15	F	44	NB	GNC	12	Aborto	N	AAS
16	F	34	B	GNC	36	Aborto	N	Deprovera
17	F	45	B	HAS	60	Aborto	N	
18	F	42	NB	GNC	24	-	S	
19	F	24	B	GNC	48	-	S	Cerazet
20	F	36	B	LES	12	-	S	
21	M	47	NB	HAS	12	HCV	N	
22	M	47	NB	HAS	12	HCV	N	
23	F	42	NB	HAS	108	HCV	N	
24	F	28	B	GNC	84	HCV	N	AAS
25	M	55	NB	HAS	108	HCV	N	AAS
26	F	67	B	DM	60	HCV	N	
27	M	40	NB	GNC	204	HCV	N	
28	M	43	B	GNC-IgA	180	HCV	N	
29	F	58	B	HAS	96	HCV	N	
30	F	44	NB	LES	36	HCV	N	
31	M	52	B	Indefinida	36	HCV	N	
32	F	56	NB	DM	?	HCV	N	
33	F	28	B	SHU	180	HBV	N	
34	F	29	NB	GNC	156	HBV	N	AAS,Plavix
35	M	20	NB	GNC	3	HBV	N	
36	M	49	NB	GNC	24	HBV	N	
37	F	31	B	GNC	108	HCV	S	Depoprovera

Hipertireoidismo e miastenia grave com apresentação ocular

Ribeiro MA, Paganini CBL, La Falce TS, Eras AE, Minanni CA, Jorge TWC, Marrochi LC
Clínica Médica – Área III – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A miastenia grave é uma doença autoimune que acomete os receptores de acetilcolina da junção neuromuscular sendo caracterizada por fraqueza e fadigabilidade da musculatura esquelética. Apresenta incidência anual de 10 a 20 casos novos por milhão de pessoas.

Pode ser ocular pura ou generalizada e os sintomas flutuam ao longo do dia. Em 10 a 15% dos casos de miastenia grave há presença de timoma. Em apenas 10% dos casos a doença associa-se com outra doença auto-imune como, por exemplo, o hipertireoidismo.

Relato de caso: Mulher, 69 anos, natural e procedente de São Paulo. Deu entrada no ambulatório com queixa de ptose palpebral bilateral há quatro meses. Apresentava antecedente de hipertireoidismo há três anos em tratamento com Tapazol 20mg/dia, sem outros antecedentes mórbidos conhecidos.

Ao exame apresentava ptose palpebral bilateral assimétrica (mais intensa do lado esquerdo) sem queda do estado geral, tireóide não palpável. Restante do exame físico geral sem alterações. O exame neurológico confirmou ptose palpebral bilateral que piorava com movimentos repetidos de abrir e fechar os olhos além de movimentação ocular direita levemente diminuída ao dirigir o olhar para cima. Restante do exame neurológico sem alterações. Exames complementares: TSH: 0,24uU/mL; T4L: 0,6 ng/dL; T3: 78 ng/dL; Trab: 11%; USG de tireóide: discreta alteração difusa da ecotextura tireoidiana. Cisto de aspecto colóide no lobo direito. Radiografia de tórax sem alterações. Teste com prostigmina positivo. A eletroneuromiografia (ENM) mostrou diminuição progressiva de amplitude da contração muscular apenas em região periocular. A hipótese diagnóstica foi de miastenia grave forma ocular pura e a paciente recebeu alta hospitalar com mestinon 60mg 4X/dia, corticosteróide 60mg/dia, tapazol 10mg/dia e retorno ambulatorial.

Discussão: Paciente com antecedente hipertireoidismo apresenta-se apenas com queixa de ptose palpebral, sem história prévia de fato semelhante. Sabe-se que existe uma associação entre hipertireoidismo e miastenia grave, no entanto, é necessário descartar outras causas de ptose palpebral como, por exemplo, a função tireoidiana descompensada. Os exames laboratoriais descartaram qualquer alteração de função tireoidiana evidenciando um controle adequado do hipertireoidismo com Tapazol 20mg/dia. O exame físico mostrou ptose palpebral assimétrica que piorava com o decorrer do dia ou após movimentos repetidos do grupo muscular acometido caracterizando o quadro clínico de miastenia grave.

Para confirmar o diagnóstico realizou-se o teste com prostigmina (inibidor da acetilcolinesterase) o qual foi positivo reforçando a hipótese diagnóstica. Como a força muscular estava preservada nos membros (confirmada pela ENM), a paciente recebeu o diagnóstico de miastenia grave da forma ocular pura.

Hipotireoidismo como causa de tamponamento cardíaco

Oliveira M, Viana J, Fabbri R, Marinho T, Martins S, Henares B, Borges D, Pereira D, Castelluccio F
Serviço de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: O hipotireoidismo é uma doença de caráter multissistêmico, que pode se apresentar ao clínico de diversas formas, sendo uma delas não usual, o derrame pericárdico. O derrame pericárdico é a complicação cardiovascular mais freqüente do hipotireoidismo, mas a associação de hipotireoidismo e tamponamento pericárdico é um evento raro.

Relato de caso: IAR, 57 anos, natural e procedente da Bahia, relata falta de ar de caráter progressivo há 1 mês com piora importante há 1 semana, refere ainda constipação intestinal. AP: nega. AF: nega. EF: Orientada, eupneica, PA 150x90mmhg, FC= 76. ACV: RCR em 2t B hipofonéticas s/sopro. AR: MV+ em AHT s/ RA. Ext: sem edema. Cabeça e pescoço: tireóide de consistência fibroelástica com volume diminuído. Durante a internação paciente evolui com insuficiência respiratória aguda, com sinais clínicos compatíveis com tamponamento cardíaco sendo submetida a pericardiocentese. Ex: ECO: evidenciando colabamento de AD e restrição importante do enchimento ventricular com derrame pericárdico volumoso e sinais evidentes de tamponamento cardíaco. BX: Pericardite aguda com reatividade mesotelial de etiologia não específica. RX: aumento importante da área cardíaca. Hmg: normal, sem alterações eletrolíticas, VHS= 30, PCR= 7,5, TSH= 80,6, T4L 0,4, T3 55, Anti TPO neg, Anti TBG +, USG tireóide com ecotextura heterogênea e dimensões reduzidas.

Discussão: A primeira descrição conhecida do derrame pericárdico em paciente com hipotireoidismo é de 1918. Desde então, várias publicações têm relatado a associação entre o hipotireoidismo e o derrame pericárdico, e mesmo outros derrames

serosos. O derrame pericárdico é considerado a complicação cardiovascular mais freqüente do hipotireoidismo, no entanto o tamponamento cardíaco como complicação do hipotireoidismo é muito raro. Essa baixa incidência deve-se ao fato do lento acúmulo de líquido e a distensibilidade cardíaca. Os fatores precipitantes descritos como responsáveis pelo desencadeamento do tamponamento cardíaco incluem infecção, hemorragia pericárdica espontânea, terapia tireoidiana e paracentese abdominal. No caso acima descrito, a paciente evolui com melhora importante após introdução de levotiroxina, sem necessidade de nova pericardiocentese.

Motivo da apresentação: A identificação do tamponamento cardíaco pelo hipotireoidismo é, pois, difícil e comumente confundida com insuficiência cardíaca, devido aos sintomas de taquicardia, elevação da pressão venosa, edema de membros inferiores e aumento da silhueta cardíaca à radiografia. A pesquisa etiológica do derrame cardíaco sempre deve ser realizada, já que implica em diferente terapêutica.

Perfil de motoristas idosos atendidos em consultório médico

Fabbri RMA, Valente M
Serviço de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: É expressivo o crescimento da população idosa, especialmente nos países em desenvolvimento. O envelhecimento saudável envolve entre outras qualidades, uma alta capacidade funcional e cognitiva, onde o ato de

dirigir está diretamente relacionado a este conceito. O automóvel para o idoso pode significar muito mais do que um meio de transporte, visto que dirigir significa sua autonomia, independência, auto-estima, habilidade, com grande importância social. Com o envelhecimento vários fatores fisiológicos e patológicos podem ocorrer, influenciando a habilidade de dirigir. Cabe ao geriatra esta abordagem inicial, avaliando se as alterações presentes podem contribuir para direção insegura, orientando o paciente e familiares, bem como encaminhando para investigação especializada.

Objetivos: Avaliar o perfil de motoristas idosos atendidos em consultório médico.

Casuística e método: Entrevistou-se 59 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos consecutivamente em consultório médico. Estes foram divididos inicialmente em 3 grupos: (A) os que nunca dirigiram, (B) os que pararam de dirigir e (C) os que ainda dirigem. No grupo B foram avaliados os motivos pelos quais os pacientes não mais dirigem e sua repercussão. No grupo C foram colhidos dados quanto à segurança ao dirigir, periodicidade, horário e percursos preferenciais, acidentes recentes, distúrbios sensoriais, prejuízo de funções cognitivas e motoras, medicamentos e possíveis eventos agudos de aparecimento imprevisível que podem alterar o nível de consciência.

Resultados: Dos 59 pacientes avaliados, 36 (61%) foram do sexo feminino e 23 (39%) do masculino. O grupo A teve 19 casos (32%), enquanto que o B (31%) e o C 22 (37%). No grupo B 39% pararam de dirigir por vontade própria, 33% por indicação médica e 28% por problemas sociais. Dos pacientes que foram obrigados a parar de dirigir (indicação médica e problemas sociais), 3 apresentaram sintomas depressivos, revertidos após medidas alternativas de transporte e suporte familiar. Dentre os pacientes do Grupo C, todos sentem-se seguros ao dirigir durante o dia. Destes, 15 (68%) dirigem diariamente, 18 (82%) apenas durante o dia, e 13 (59%) não se restringe a um percurso preferencial. Apenas um paciente teve um leve acidente sem vítima. Quanto aos distúrbios sensitivos, 86% apresentavam oftalmopatias. Hipoacusia foi presente em 36% dos pacientes. Distúrbios cognitivos foram observados em 7 casos (32%), sendo 4 com distúrbio cognitivo leve, 2 com depressão e 1 com Doença de Alzheimer. A doença sistêmica mais comum foi a hipertensão arterial com 10 casos (45%), seguida de dislipidemia, 8 (36%), osteoartrose e hérnia de hiato, 3 (14%), hipotireoidismo e diabetes mellitus, 2 (14%) e angina pectoris, hiperplasia prostática benigna, síndrome vestibular periférica, hiperuricemia, leucemia mielóide crônica e doença pulmonar obstrutiva crônica com 1 caso. Dentre os medicamentos, os mais utilizados são os antihipertensivos (64%). Deve-se

ressaltar porém o uso de fármacos com ação no sistema nervoso central (antidepressivos e hipnóticos/sedativos) em 32%. Em 2 casos observou-se que os pacientes apresentavam eventos que potencialmente podem comprometer o nível de consciência, síncope e ataque isquêmico transitório sintomático.

Discussão: No Brasil, entre os idosos, existem 8,9% de motoristas ativos. Basicamente para uma direção segura existem 3 funções essenciais que devem ser preservadas: visão, cognição e função motora. Além disso, doenças sistêmicas devem ser controladas, bem como avaliar com cuidado medicamentos utilizados para o tratamento das mesmas. Sendo assim, uma avaliação abrangente, iniciada no consultório, deve ser feita. Dos casos, 1/3 dos pacientes parou de dirigir por motivos diversos, sem repercussão negativa. Dos pacientes que ainda dirigem, a grande maioria o faz diariamente, porém no período diurno. Pouco menos da metade dos casos prefere restringir o percurso para próximo da residência. Ressalta-se também que grande parte apresenta distúrbios sensitivos, especialmente visuais, e que mais de 1/3 tem a última avaliação com o especialista há mais de 1 ano. Em 1/3 dos motoristas houve comprometimento do estado cognitivo, na sua maioria de forma leve. As comorbidades estiveram presentes em grande parte da casuística, apresentando-se de forma compensada, exceto em 2 casos (síncope e ataque isquêmico transitório recorrente), sendo aqui os pacientes orientados a não dirigir até o esclarecimento diagnóstico e terapêutica adequada. Outro fato que chamou a atenção é que 1/3 dos pacientes fazem uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central (antidepressivos e hipnóticos/sedativos).

Conclusões: Os resultados desta investigação permitem as seguintes conclusões:

Causas variadas motivaram a parada de dirigir em 1/3 dos casos analisados: vontade própria, doenças e problemas sociais, distribuídos quase de maneira equitativa, não havendo repercussão negativa significativa.

A maioria dos motoristas dirige diariamente e durante o dia, pois não se sentem seguros à noite.

Grande parte dos idosos analisados apresenta comorbidades que potencialmente podem comprometer a direção segura, devendo-se avaliar e tratar de forma criteriosa as enfermidades presentes.

Nos casos onde ocorrem eventos que de maneira súbita e inesperada podem comprometer o nível de consciência, os pacientes devem ser alertados a não dirigir até a realização de uma avaliação e tratamento adequados.

A avaliação do motorista idoso deve começar no consultório clínico e se necessário ser complementada por outras especialidades.

Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e Instituto Médico Legal (IML)

Pires SL, Gorzoni ML

Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução: Instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) albergam segmentos populacionais com aspectos clínicos, assistenciais e sociais específicos. Dentre estas peculiaridades quais seriam as causas que levariam à

necessidade do envio do corpo, após a morte, para o Instituto Médico Legal (IML) ou para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)?

Objetivos: Determinar as causas do encaminhamento para o IML ou ao SVO de casos de óbitos ocorridos em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) - Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - durante o período de um ano.

Metodologia: Analisaram-se os prontuários dos casos de óbitos ocorridos em 2006 em ILPI com 508 leitos no total. Foram separados os casos encaminhados ao IML ou SVO para verificação da causa desse envio. Definiram-se também dados gerais (sexo e idade), causa da morte e causa(s) básica(s). O presente trabalho faz parte do Projeto nº019/08 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado.

Resultados: Ocorreram 100 óbitos com idade e" 60 anos (57 mulheres e 43 homens, idade média de 79,4 ± 9,8 anos. Desses óbitos, 15 corpos foram encaminhados ao IML e quatro ao SVO. A idade média desse subgrupo de óbitos foi de 76,5 ± 12,6 anos, sendo 12 mulheres e sete homens. Causas de encaminhamento: Fratura de Fêmur (9 casos), Fratura de Úmero (1), Sem documentos (7 casos), Morte súbita (2 casos). Causas de morte: Infecções (12 casos), Morte súbita (6), Carcinomatose (1 caso). Causas básicas: Síndrome do imobilismo (14 casos), Estados demenciais (5 casos).

Discussão e Conclusões: Óbitos em ILPI encaminhados para IML ou SVO relacionam-se com (1) Lesões externas, tema a ser discutido sobre sua real necessidade de documentação legal; (2) Morte súbita, situação freqüente em populações idosas e fator de insegurança sobre sua causa básica em idosos altamente dependentes e (3) Aspectos sociais relativos à ausência de documentos que permitam a emissão de atestado de óbito.

Perfil de idosos com síndrome da imobilidade em uma Instituição de Longa Permanência

Marques WV, Faria LFC, Armelin CB, Carvalho GBA, Lima MLBS, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D.Pedro II - ISCMSP

Introdução: As alterações demográficas que vêm ocorrendo, com aumento da população idosa, e especialmente a de idosos mais idosos, elevam as chances de aparecimento de doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente, de perda de capacidades, limitação funcional e imobilidade.

A condição de imobilidade e o conjunto de conseqüências que dela decorrem - Síndrome da Imobilidade – constituem uma causa importante de perda da qualidade de vida do indivíduo idoso. É um problema de prevalência significativa nas faixas etárias mais altas e está relacionada à perda de independência funcional, de autonomia e aumentando as possibilidades de institucionalização do indivíduo.

A síndrome da imobilidade caracteriza-se por diversas alterações no organismo como um todo, em vários órgãos e sistemas, que são decorrentes da ausência de movimento corpóreo – incluindo os sistemas ósteo-muscular, cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, urinário, tegumentar e neuropsíquico – e, levando a alterações metabólicas importantes. É considerada uma das grandes síndromes geriátricas, daí a importância de estudar este tema, mesmo porque são escassas as estatísticas sobre a prevalência da síndrome especificamente.

Objetivo: Avaliar o perfil da Síndrome da Imobilidade em idosos institucionalizados e sua prevalência

Metodologia: Foi realizada análise de prontuário de idosos institucionalizados, com alto grau de dependência funcional (permanecem mais da metade do dia acamados), nos quais foram avaliados os critérios da síndrome da imobilidade. Considerou-se como portadores desta síndrome a presença dos critérios maiores (déficit cognitivo moderado a grave e múltiplas contraturas) e pelo menos 2 dos critérios menores (úlcera de pressão ou disfagia leve a grave ou dupla incontinência ou afasia). Este subgrupo, portadores da síndrome da imobilidade, foi analisado quanto aos seguintes tópicos: idade, sexo, tempo e causa da institucionalização, comorbidades prévias, medicações usadas, uso de sonda vesical de demora e sonda para alimentação.

Resultados: Foram analisados 71 pacientes que apresentavam alto grau de dependência funcional. Destes, 26 pacientes (36,60%) preencheram os critérios da síndrome da imobilidade e foram selecionados para o estudo. A idade média neste subgrupo foi de 76,5 anos, sendo a máxima de 94 anos e a mínima de 60 anos, 77% do sexo feminino. A mediana do tempo de institucionalização foi de 2 anos e 4 meses, variando de 2 dias a 17 anos. A principal causa de institucionalização foi AVC (38,50%), seguido de síndrome demencial (35%) e causas externas (12%). 54% dos pacientes apresentavam mais de 2 comorbidades prévias à institucionalização. As comorbidades mais prevalentes foram síndrome demencial (17), HAS (14) e AVC prévio (7). 85% dos pacientes usavam de 3 ou mais classes de medicamentos. Dentre esses, se destacaram o uso de analgésicos opióides ou não (14), laxativos (13), anti-depressivos (8), anti-epilépticos (8) e anti-hipertensivos (8). 81% dos pacientes usavam sonda nasoenteral ou gastrostomia e apenas 1 paciente usava sonda vesical de demora.

Conclusão: A síndrome da imobilidade ocorre em idosos com idade média de 76,5 anos com predomínio do sexo feminino. Como causas da imobilidade temos, principalmente, doenças crônico-degenerativas e causas externas. O uso de sonda para alimentação é freqüente e as medicações usadas são na maioria para alívio de sintomas e melhora da qualidade de vida. Esta população, em especial, se beneficia de equipe multidisciplinar e conduta voltada para o cuidado paliativo. Demandas por modalidades de saúde que abordam este tipo de paciente serão cada vez mais

solicitadas, já que as projeções populacionais apontam para o aumento desta faixa etária de idosos mais idosos (80 anos ou mais) e com isso o aumento de limitações decorrentes das doenças crônico-degenerativas. Desta maneira, estudos aprofundados são necessários para entender melhor este grupo populacional, de modo a oferecer-lhes melhores condições de qualidade de vida.

Imunodeficiência Comum Variável

Ferreira AB, Kobashikawa GE, Minanni CA, Viana LA, Figueiredo EC, Hooper V, Aquino R, Forte WN, Magliari MER

Serviço de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Imunodeficiência comum variável é uma doença rara que acomete um indivíduo em 25 a 100 mil habitantes, mais prevalente no nordeste Europeu. As manifestações clínicas são variáveis podendo causar infecções de repetição, principalmente de vias aéreas, doenças auto-ímmunes, hepáticas, gastrointestinais e malignidades. O diagnóstico é dado pela baixa concentração sérica de IgG, IgA e/ou IgM e baixa resposta à imunização, excluindo-se as causas secundárias de deficiência de imunoglobulinas. O tratamento com imunoglobulina intravenosa mostrou-se eficaz em diminuir a frequência de infecção, do uso de antibióticos e do tempo de hospitalização, melhorando significativamente a qualidade de vida dos doentes.

Relato de caso: Paciente de 35 anos, sexo masculino, procedente da Bahia com história de diarreia e perda de peso de 15kg em 10 anos e história de infecções de vias aéreas superiores, pneumonia e gastroenterites de repetição. Iniciado investigação excluindo-se HIV, hepatites B e C, LES, além de excluir parasitoses (parasitológico de fezes e coprocultura negativos). Realizado dosagens de imunoglobulinas evidenciando-se nível sérico diminuído de IgG, . Biópsia de medula óssea sem alterações.

Discussão: Trata-se de doença de quadro clínico variável dificultando o diagnóstico. Diante do quadro clínico de infecções de repetição e excluídas causas secundárias de síndrome consuntiva, foi aventada hipótese de Imunodeficiência comum variável sendo confirmado pelos baixos níveis séricos de IgG e linfócitos B normais.

Motivo da apresentação: este caso, apesar de sua apresentação típica, despertou o interesse da equipe por tratar-se de uma doença não tão freqüente e o diagnóstico ser feito apenas aos 35 anos de idade. A apresentação do caso é a lembrança ao clínico de que imunodeficiências congênitas podem estar presentes na vida adulta e que devem ser diferenciadas de imunodeficiências secundárias.

Identificação de grupo de risco por marcadores protéicos no linfoma difuso de grandes células B

Carvalho MPC¹, Chiattoni CS¹, Paes RAP¹, Soares FA², KB Ribeiro¹

1. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. 2. Fundação Antônio Prudente São Paulo

Introdução: Elucidar marcadores prognósticos tem dois objetivos primários, o primeiro é estimar a sobrevida para guiar a escolha do tratamento inicial e permitir a estratificação apropriada dos ensaios clínicos. O segundo objetivo é identificar subgrupos de pacientes que permitam reconhecer alvos terapêuticos.

Objetivos: A identificação de marcadores moleculares prognósticos no linfoma difuso de grandes células B através do método imunoistoquímico.

Casuística e Métodos: Foram estudados retrospectivamente 86 casos de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B de novo (51,2% sexo masculino/48,8% sexo feminino; idade mediana 59 anos; mediana para o tempo de seguimento 16 meses e média 27 meses; doença nodal 63% dos casos). Material de biópsia conservado em parafina foi corado com anticorpos anti-CD10, BCL-6, BCL-2, MUM1, p53, OCT-2, STAT-1 e survivina utilizando a técnica do arranjo tecidual em matriz.

Resultados: A expressão de CD10 foi mais freqüente no grupo de baixo risco do IPI ($p=0,024$). As expressões de OCT-2 e de survivina foram mais freqüentes nos casos com resposta parcial à quimioterapia ($p=0,04$) ou progressão da doença ($p=0,03$). As expressões de CD10 e de BCL-6 foram associadas à resposta completa à quimioterapia ($p=0,03$) e ($p=0,03$), respectivamente. A expressão de BCL-2 foi associada à menor probabilidade de sobrevida livre de eventos ($p=0,006$) e de sobrevida global ($p=0,03$). O algoritmo baseado nas expressões de CD10, BCL-6 e MUM1 identificou dois subgrupos de LDGCB, sendo 31 casos pertencentes ao centro germinativo (CG) e 53 casos de não-centro germinativo (NCG). A expressão do BCL-2 no NCG apresenta impacto na evolução, o mesmo não ocorre no CG.

Conclusões: As expressões das proteínas antiapoptóticas OCT-2 e survivina e BCL-2 podem ser consideradas fatores de mau prognóstico no LDGCB e foram associadas com a resistência à quimioterapia e conseqüentemente contribuíram para o comprometimento da sobrevida dos pacientes. A imunofenotipagem do LDGCB baseada nas expressões das proteínas CD10, BCL-6 e MUM1 identifica dois subgrupos de LDGCB com distintas evoluções. A expressão de BCL-2 pode refletir a ativação de diferentes vias genéticas nos subgrupos do LDGCB e distintas evoluções clínicas, sendo que, BCL-2 no subgrupo NCG apresentou impacto desfavorável, fato não observado no subgrupo CG.

A identificação de marcadores mostra-se importante para as decisões terapêuticas, além de auxiliar no entendimento do processo de transformação neoplásica.

Infecção hospitalar em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Faria LFC, Costa MFCM, Badan AMN, Bernal L, Pires SL, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II – ISCMSP

Introdução: Estudos de ocorrência e risco de doenças infecciosas são importantes, na medida em que são causas frequentes de hospitalização e morte. A faixa etária de 60 anos, juntamente com o processo infeccioso, aumentam a morbidade e mortalidade desses pacientes, quando comparado com indivíduos mais jovens.

Objetivo: Avaliar a infecção hospitalar em unidade de agudos de uma ILPI, calculando-se o índice de infecção hospitalar mensal e a as topografias mais acometidas.

Material e Método: Pesquisa através dos registros do Serviço de Controle de infecção hospitalar referente às infecções ocorridas na unidade de agudos de uma ILPI durante o ano de 2007.

Resultados: Em janeiro, houve um total de 09 pacientes com infecção hospitalar, sendo os sítios mais comuns o urinário 83,33% e o respiratório 16,66%. Em fevereiro, 14 pacientes sendo maioria com infecção respiratória 66,66% seguido pelo urinário 33,33%. Em março, houve 10 pacientes com 60% de infecção urinária, e 40% de tecidos moles. Abril, total de 10 pacientes, com 25% de infecção de tecidos moles, 50% de urinária e 25% de respiratória. Em maio, foram 15 pacientes destes, com infecção respiratória 50%, urinária 37,5% e de tecidos moles 12,5%. No mês de junho, foram 19 pacientes, a maioria com infecção de tecidos moles 42,85%, seguido pelo urinário 28,57% e respiratório 14,28%. Em julho, houve 11 pacientes sendo 80% com infecção urinária e 20% com respiratória. Agosto, total de 09 pacientes com infecção hospitalar, 66,66% com urinária e 33,33% em tecidos moles. Em setembro, foram 10 pacientes, 66,66% de tecidos moles e 33,33% urinário. Outubro, total de 09 pacientes, com 50% destes sendo infecção respiratória e 50% urinária. Em novembro, foram 09 pacientes, 42,85% respiratória, 42,85% urinária e 14,28% outros. E no mês de dezembro, 16 pacientes, 44,44% infecção urinária, 22,22% respiratória e outros 33,33%.

Discussão: As topografias mais prevalentes de infecção hospitalar no hospital estudado foram infecções respiratória (27,6%), urinária (26,4%) e do sítio cirúrgico (23,4%). Zami e col relataram como topografias mais frequentes de infecção do trato urinário, pneumonia e sepsis, com respectivamente 40,8%, 32,9% e 9,2%. Observa-se que a população estudada apresentou topografias semelhantes às relatadas na literatura, porém com distribuição percentual diferente.

Conclusão: Os sítios de infecção mais acometidos foram respiratório, urinário e cutâneo, sendo que as características dos pacientes de uma ILPI contribuem para essa frequência, pois são portadores de fragilidade diminuindo a defesa natural do organismo e favorecendo infecções.

Potenciais interações medicamentosas à primeira consulta ambulatorial geriátrica

Gorzoni ML, Pires SL
Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II – ISCMSP

Introdução: Estima a literatura consultada em aproximadamente 20,0% o risco de interação medicamentosa em idosos acompanhados ambulatorialmente. Pergunta-se se programas de livre acesso pela internet poderiam ser utilizados em ação preventiva de iatrogenias nesses pacientes.

Objetivos: Procurou-se definir a aplicabilidade do programa <http://www.interactiodrugs.com.br> como preditor de interações medicamentosas em idosos avaliados em primeira consulta ambulatorial geriátrica.

Metodologia: Estudo de observação retrospectivo por meio da análise de prontuários de idosos atendidos ambulatorialmente, digitando-se os princípios ativos contidos nos medicamentos em uso e prescritos previamente à primeira consulta ambulatorial geriátrica. Convertem-se posteriormente essas informações em planilha contendo sexo, idade, número total de fármacos e de interações, especificando-se essas últimas. O presente trabalho faz parte do Projeto nº508/07 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado.

Resultados: Analisou-se prontuários de 28 pacientes - 23 mulheres, 5 homens; idade média: 78,7 ± 7,3 anos (64 a 96 anos) - em uso médio de 7,7 ± 3,9 fármacos (2 a 16 fármacos/idoso) e 1,4 ± 1,5 interações (0 a 5 interações/paciente). Uma ou mais potenciais interações foram observadas em 64,3% dos casos. Principais interações: Beta-bloqueadores/Vastatinas (5 casos), Captopril/Salicilato, Vitamina D/Tiazídicos e Omeprazol/Benzodiazepínicos (3 cada), Sulfoniluréias/ Tiazídicos ou Levotiroxina (2 cada).

Discussão: Efeitos colaterais e interações medicamentosas são comuns e com graves conseqüências em pacientes idosos. Medicamentos aparentemente inocentes, como hipotensores e hipoglicemiantes, em situações de polifarmácia - uso de três ou mais fármacos simultaneamente - apresentam potencial de interação medicamentosa, justificando-se assim cuidados adicionais na população idosa, sabidamente usuária de vários medicamentos ao mesmo tempo. Programas de livre acesso pela internet podem auxiliar em ações preventivas contra o desenvolvimento de iatrogenias nesses pacientes, reduzindo-se assim consultas e hospitalizações.

Conclusões: Há alto potencial de interações medicamentosas em idosos que são admitidos para acompanhamento em ambulatório geriátrico, devendo-se utilizar formas de detecção destas como programas de livre acesso pela internet.

Identificação das principais patologias responsáveis pela institucionalização de idosos

Lima MLBS, Armelin CB, Carvalho GBA, Marques WV, Pires SL, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II – ISCMSP

Introdução: Sem dúvida a instituição de longa permanência para idosos (ILPI) surge como uma opção importante associada a outras para o cuidado aos idosos, principalmente àqueles com maior grau de dependência e comorbidades, porém ainda com um alto custo e muitas dificuldades para sua manutenção. Num país como o Brasil marcado pela desigualdade socioeconômica as ILPI se revelam heterogêneas quanto ao padrão de atendimento, qualidade da estrutura, organização financeira e população atendida.

A falta de uma política nacional de atendimento ao idoso institucionalizado aliado ao fato de que a maioria das ILPI são de finalidade lucrativa resulta em uma carência de dados e diretrizes que permitam a criação de programas e políticas públicas que orientem o planejamento e organização destas instituições para que as mesmas possam prestar um serviço de melhor qualidade com uma maior abrangência

Objetivo: O objetivo deste estudo consiste na identificação das principais patologias responsáveis pela internação de idosos em instituição de longa permanência.

Local de Pesquisa: Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II – Avenida Guapira, 2674 Jaçanã - São Paulo, S.P.

Materiais e métodos: Foram revisados os prontuários de 166 pacientes institucionalizados, por meio de protocolo previamente estabelecido. Foram incluídos pacientes institucionalizados, no período de 2003 a 2005, com mais de 60 anos, no Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II. Após a coleta de dados foi realizada a análise descritiva utilizando o software Epi Info versão 3.4.3.

Resultados: As patologias responsáveis pelo maior número de institucionalizações de idosos, com significância estatística, foram: demência, acidente vascular encefálico (A.V.E.), neoplasias e insuficiência cardíaca, correspondendo a 78,20% das causas. Demência foi a maior responsável representando 35,50% das causas, I.C. 95% (28,30% a 43,30%); em segundo lugar o A.V.E. correspondendo a 31,30% das causas, I.C. 95% (24,40% a 39,00%); em seguida encontramos Neoplasias representando 8,40% das causas, I.C. (4,70% a 13,70%) e em quarto lugar encontramos a Insuficiência Cardíaca correspondendo a 3,00 % das causas, I.C. 95% (1,05% a 6,90%).

Conclusão: Concluímos que entre as patologias responsáveis pelo maior número de institucionalizações, estão doenças de maior impacto no grau de dependência e incapacidades, o que corrobora os dados encontrados na literatura. Encontramos também doenças com fatores de risco modificáveis já bem estabelecidos. Nossos resultados reforçam a necessidade de se estabelecerem programas e políticas públicas de modificação do estilo de vida bem como a prevenção das doenças citadas; além da criação de uma rede de apoio e educação de cuidadores.

O bloqueio do Sistema Renina-Angiotensina pode prevenir arritmias ventriculares em chagásicos

Lourenço UR, Almeida A L, Felicioni SP, Chamlian, EG, Pereira, WL, Gandra SMA, Kadri T, Scatolini Neto A, Rivetti LA, Franken RA

Serviço de Cardiologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A doença de Chagas ainda figura como importante causa de morbi-mortalidade entre adultos jovens na América Latina. Estudos mais recentes têm demonstrado de forma consistente o valor prognóstico das arritmias ventriculares complexas nesse grupo de pacientes (pac). Porém, estudos de intervenção específicos para essa doença ainda estão em andamento.

Objetivo: avaliar o papel das diversas medicações em uso por um grupo de pac chagásicos na prevenção de arritmias ventriculares. Material e métodos- analisamos retrospectivamente pac. chagásicos portadores de cardio-desfibriladores implantáveis (CDI). Os eventos arritmicos foram analisados através das gravações dos eletrogramas intra-cavitários feitas pelo próprio CDI. A análise estatística foi realizada através da regressão logística e teste de regressão linear. Considerou-se significância $p < 0.05$.

Resultados: foram incluídos 62 chagásicos com seguimento médio de 15 meses, 52 (83%) foram do sexo masculino e idade média de 53 anos (desvio-padrão [DP] 14) . A maioria dos casos se encontrava em classe funcional II ou III (da NYHA), sendo 33% em classe II e 35% em classe III. A fração de ejeção média do ventriculo esquerdo (VE) foi de 35% (DP 13) e o diâmetro diastólico médio do VE foi de 65,3 mm (DP 8,4). Do total, 48 pac.(77%) estavam em uso de IECA ou BRA (grupo I), 35 (56%) usavam beta-bloqueadores (grupo2), 39 (63%) a amiodarona (grupo III) e 42(68%) em uso de diuréticos (grupo IV). Os pac. dos grupos I, II, III e IV apresentaram 15%, 20%, 20% e 19% de eventos arritmicos com terapia de choque, respectivamente. Em análise de regressão logística multivariada, no cálculo do teste estatístico, apenas os IECA/BRA mostraram significância na prevenção de eventos arritmicos malignos ($p=0,03$).

Conclusão: Dentre as medicações analisadas, o grupo que utilizava IECA e/ou BRA apresentou, significativamente, menor incidência de arritmia ventricular, demonstrando o benefício do bloqueio do sistema renina-angiotensina na prevenção de eventos arrítmicos em chagásicos.

Linfoma de Burkitt ósseo e infiltração de pares cranianos

Lima RCN, Conceição FG, Corral IS, Massaia IFDS, Martins LM, Távora J, Marochi LCR, Gorzoni ML, Golin V
Departamento de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Linfoma ósseo primário é uma doença rara, corresponde a menos de dois por cento dos linfomas em adultos e três a cinco por cento dos tumores primários de osso. Pacientes com linfoma de Burkitt endêmico podem se apresentar inicialmente com lesão óssea extensa, geralmente em mandíbula e ossos da face, seguida de infiltração de sítios extra-nodais como mesentério, ovário, testículo, rim, mama e principalmente medula óssea e meninges. No entanto, o linfoma de Burkitt ósseo pode apresentar infiltração em SNC, em especial em pares cranianos, como no caso relatado, implicando em pior prognóstico e agressividade da doença.

Relato de caso: PRS, masculino, 46 anos, com diagnóstico HIV e de linfoma de Burkitt ósseo em úmero esquerdo após fratura patológica, já realizada QT após diagnóstico, procurou o PS da ISCMSP com queixa de cefaléia holocraniana intensidade 8 em 10 associada a náuseas e vômitos, diplopia há 14 dias, redução de força muscular em hemicorpo esquerdo, acometimento de VII par craniano periférico E, III, IV e VI pares cranianos direitos, confirmados ao exame físico. Realizada RNM de crânio que evidenciou realce anômalo em III, V pares cranianos bilateralmente, VI direito e VI esquerdo. Análise de LCR não revelou células neoplásicas. Afastada causa infecciosa, diagnosticada infiltração de SNC por linfoma ósseo, realizada QT intratecal e esquema HYPER-CVAD, porém o paciente apresentou piora progressiva do quadro sistêmico, com óbito após 45 dias de internação.

Discussão: Como há poucos casos descritos em literatura de infiltração em SNC e pares cranianos por linfoma ósseo, não há publicações com níveis de evidência satisfatória que suportem a terapêutica. Há relatos da associação entre a infiltração de pares cranianos e agressividade da neoplasia e, semelhante ao caso relatado, entre o tempo curto de sobrevida e aparecimento da doença. É necessário exame de imagem para afastar neoplasia orbitária e compressão extrínseca ocular, já que há mudança no tratamento e história da doença, uma vez que a infiltração em SNC, acometimento de medula óssea e doença na idade adulta são fatores isolados de pior prognóstico.

Motivação do relato de caso: a raridade do caso, a necessidade de contribuir com a literatura e a clínica de síndrome deficitária de pares cranianos motivaram a publicação.

Neurocisticercose como Primeiro Episódio de Crise Parcial Simples

Lima RCN, Corral IS, Conceição FG, Martins LM, Massaia IFDS, Marochi LCR, Golin V
Departamento de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Neurocisticercose (NCC) afeta cerca de 50 milhões de indivíduos em todo o mundo, sendo endêmico em países em desenvolvimento como na América Latina, América Central, África subsaariana, Índia e Ásia. Cisticercose humana ocorre com a ingestão de ovos de *Taenia Solium* que invadem a parede intestinal e disseminam-se pela corrente sanguínea para outros tecidos, como sistema nervoso central (SNC). A neurocisticercose é uma das principais causas de epilepsia e deve ser afastada. **Relato de Caso:** IQC, 26 anos, boliviana, moradora da São Paulo SP, procurou o PS da ISCMSP com queixa de movimentos incoordenados involuntários em MSE, cerca de 5 vezes por dia, por 5 minutos, há 4 meses, com força muscular grau IV, confirmados ao exame clínico, sem demais alterações. Como antecedentes, apresentava apenas puerpério de quatro meses, negava sorologias positivas e comportamento de risco. Realizada tomografia computadorizada de crânio que evidenciou hipotenuação em região subcortical do giro pré-central direito com realce incompleto ao contraste. Na Ressonância Nuclear Magnética, foi visualizada vesícula de neurocisticercose no local descrito, com sinais de encefalite focal. Feito o diagnóstico clínico, imaginológico e epidemiológico de NCC, como a paciente apresentou sintomas recorrentes, foi introduzida carbamazepina na dose de 200mg 12/12h, dexametasona 12mg por dia, por uma semana, e posteriormente, realizado albendazol 1200mg/dia em duas doses por uma semana, com seguimento ambulatorial à alta. Além do tratamento medicamentoso, foram realizadas suspensão da amamentação, temporariamente, e orientações quando às mudanças de hábito e higiene. A paciente evoluiu bem, sem convulsões e com melhora do déficit de força muscular. **Discussão:** Crises parciais simples devem ser investigadas e os diagnósticos diferenciais das causas são infecção do SNC, neoplasias, hipóxia neonatal, displasia cortical, malformação vascular, trauma crânio encefálico, acidente vascular cerebral. NCC é a infecção parasitária mais freqüente do SNC e a introdução do tratamento com albendazol modificou a evolução e prognóstico dos pacientes, motivo pelo qual foi optado pelo tratamento agressivo da condição no caso citado. Embora fosse lesão única com pequena atividade inflamatória, tratava-se de esclélex viável em paciente com repercussão em SNC. **Motivo da apresentação do caso:** Reforçar a prevalência da neurocisticercose, mesmo nos dias atuais com avanços tecnológicos, de educação e sanitário, além de seus diagnósticos diferenciais e o tratamento preconizado.

Avaliação da adequação calórica em Unidade de Pacientes Graves

Massaia IFDS, Gorzoni ML, Marrochi LC Conceição FG, Weinfeld A, Lima CAC

Unidade de Pacientes Graves da Enfermaria do Departamento de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: No tratamento de doentes graves várias abordagens terapêuticas são necessárias para garantir o seu sucesso. Os médicos habitualmente não se preocupam suficientemente com a prescrição adequada de dietas. Muitas vezes acabam por oferecer aportes calóricos insuficientes aos pacientes. A prescrição dietética adequada é um fator determinante na sobrevivência dos doentes conforme evidenciado em muitos estudos. O cálculo correto do gasto energético individualizado é fator fundamental para prescrição médica adequada. A maioria, senão totalidade das condições ameaçadoras a vida exigem aportes calóricos mais elevados que o gasto energético basal dos indivíduos, sendo de extrema importância em sua abordagem terapêutica.

Métodos: Estudo epidemiológico, observacional, transversal, realizado na Unidade de Pacientes Graves da Enfermaria do Departamento de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Foram avaliados 16 pacientes no período de 37 dias. Estes foram examinados e tiveram suas medidas antropométricas aferidas na admissão assim como o cálculo de APACHE. Foi realizado cálculo das necessidades calóricas basais preditas segundo a equação de Harris-Benedict modificada por Calvin Long. Tiverem suas prescrições checadas e o número total de calorias oferecidas anotadas diariamente. A altura foi obtida segundo medida do comprimento em decúbito horizontal. O peso foi estimado pela seguinte fórmula:

Peso (kg) H = $(0,98 \times \text{circunferência da panturrilha}) + (1,16 \times \text{comprimento da perna}^*) + (1,73 \times \text{circunferência braquial}) + (0,37 \times \text{prega subescapular}) - 81,69$

Peso (kg) M = $(1,27 \times \text{circunferência da panturrilha}) + (0,87 \times \text{comprimento da perna}^*) + (0,98 \times \text{circunferência braquial}) + (0,4 \times \text{prega subescapular}) - 62,35$ A necessidade calórica basal foi confrontada com a oferecida diariamente e o resultado expresso em porcentagem.

Resultados: A média de dias internados na unidade foi de 7,6. O APACHE médio foi de 22 +/- 6, com gasto energético basal médio estimado de 1777,87 +/- 226. Dos 121 dias avaliados, 71 apresentavam algum déficit calórico em relação ao predito. Desses 16 pacientes, 3 não apresentaram nenhum dia com ingestão calórica abaixo do calculado; 1 apresentou 60% dos dias com déficit calórico e 12 apresentaram algum déficit calórico em 100% dos dias de internação. Os 12 pacientes com 100% dos dias deficitários em calorias obtiveram média de 35,6% de déficit calórico ao dia, cinco deles com déficit >40% do predito em 76% dos dias.

Discussão: Mesmo com todas as limitações inerentes aos estudos transversais, e o pequeno número de pacientes incluídos, fica claro que o aporte calórico aos mesmos apresenta deficiência importante. A maioria dos pacientes tinha dietas prescritas que ficavam abaixo do necessário em todos os dias, chegando a ficarem em jejum com aporte calórico inferior a 30% do calculado. Mesmo com vários dias de inadequação dietéticas, as prescrições eram mantidas e as dietas não alteradas. A gravidade do doente, avaliado pelo APACHE, não pareceu levantar preocupação quanto ao aporte calórico, pois, a inadequação ocorreu em praticamente todos doentes avaliados independentemente deste.

Conclusão: O presente estudo alerta para necessidade de prescrições dietéticas mais adequadas nesta unidade. A falta de um protocolo definido parece dificultar ainda mais esta. Pacientes que necessitam por vezes número elevado de calorias receberam menos do que provavelmente gastariam sem as agressões das doenças em curso. Esses dados demonstram a necessidade da criação de um protocolo nutricional que contemple tanto quantitativamente quanto qualitativamente as necessidades nutricionais dos doentes desta unidade. Este pode utilizar dietas enterais, parenterais ou soluções ricas em glicose para evitar catabolismo e desnutrição, colaborando com a recuperação do mesmo. É necessário estudo com maior número de pacientes e com metodologia mais apurada para concluir se definitivamente há falha nas prescrições dietéticas na unidade de pacientes graves, porém, não podemos ignorar esses achados que apontam um problema delicado de simples resolução.

Óbitos em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Gorzoni ML, Pires SL

Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II – ISCMSP

Introdução: Instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) apresentam populações com doenças e características próprias. O internado padrão normalmente é do sexo feminino, idade acima de 70 anos, alto grau de dependência física e/ou mental e usuário de múltiplos medicamentos. Isto provoca perfil diferente sobre causas de morte das de idosos vivendo domiciliarmente ou não?

Objetivos: Determinar as causas de morte em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) - Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II da Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - durante o período de um ano.

Metodologia: ILPI de 508 leitos com prontuários padronizados, reuniões periódicas sobre atestados de óbitos e com 12 médicos responsáveis pela supervisão e/ou emissão deles. Considerou-se o padrão deste procedimento

suficientemente uniforme para análise dos prontuários e atestados de óbitos emitidos durante o ano de 2006 (Estudo de observação retrospectivo), visando definir dados gerais (sexo e idade), causa da morte e causa(s) básica(s). Utilizou-se, para testar a significância estatística de diferenças, o teste exato de Fisher quanto às proporções e o teste t de Student em relação às médias. Dividiram-se as casuísticas entre os dois sexos e faixas etárias (< 75 anos e ≥ 75 anos de idade), considerando-se estatisticamente significativa a de 5,0%. O presente trabalho faz parte do Projeto n°019/08 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado.

Resultados: Ocorreram 118 óbitos durante o ano de 2006 (idade média: 74,5 ± 15,2 anos) – 64 mulheres (idade média: 78,4 ± 14,4 anos) e 54 homens (idade média: 69,8 ± 15,0 anos) - sendo as causas de morte: sepse (41 óbitos), choque séptico (25), broncopneumonia (16), morte súbita (11), falência de múltiplos órgãos (9), outras causas (16 óbitos). As principais causas básicas foram infecciosas (63 óbitos) – broncopneumonia (34), sepse (12), infecção urinária (7), úlceras de pressão infectadas (7), osteomielite (2) e colangite (1); seguidas da síndrome do imobilismo (42 óbitos). Observou-se significância estatística para a proporção de idosos e ≥ 75 anos, algo esperado em ILPIs, e não houve para sazonalidade, causa de morte ou básica considerando-se infecciosas e não infecciosas versus homens e mulheres, maiores ou menores de 75 anos de idade.

Discussão: Idosos asilados freqüentemente são hospitalizados favorecendo contato com flora bacteriana intrahospitalar resistente a antibióticos. O ambiente confinado das instituições asilares facilita a disseminação desse tipo de bactérias a outros internados. Devido à gravidade das doenças existentes e do grau de dependência física e mental em que se encontram, institucionalizados estão propensos a apresentar infecções principalmente no tegumento cutâneo, trato urinário e aparelho respiratório.

Conclusões: Óbitos em ILPI decorrem basicamente da somatória de imobilidade e infecções que evoluem para quadros sépticos.

Oxigênio terapia hiperbárica no tratamento da mão séptica

Andreotti ACS, Massaia IFDS, Azevedo CP, da Costa AC, Marrochi LC
Pronto Socorro da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A Mão séptica caracteriza-se clinicamente por destruição fulminante de tecido da mão associada a sinais sistêmicos de toxicidade e alta mortalidade. São agentes causais de excelência os *Streptococcus* do Grupo A e os *Staphylococcus aureus*. Além da necessidade de tratamento intensivo com antibioticoterapia específica, debridamento cirúrgico e suporte clínico existe benefício na literatura com o emprego da oxigênio terapia hiperbárica.

Método: Relatar caso de mão séptica em que se usou o a oxigênio terapia hiperbárica como tratamento coadjuvante.

Caso Clínico: Paciente I.B.M do sexo feminino, 85 anos, diabética apresentou ferimento corto contuse de 0,5 cm na polpa do Segundo dedo de mão direita. Após seis horas notava-se intenso edema, hiperemia e dor na região. Chegou ao Pronto Socorro após 11 horas do ferimento e apresentava taquicardia sem febre, regular perfusão periférica, estabilidade hemodinâmica além de extensão da doe, edema e hiperemia para toda a mão. Iniciada antibioticoterapia com Cefepime e Metronidazol e internada a paciente para cuidados clínicos. Após 18 horas da evolução não mais conseguia fechar a mão direita e apresentava má perfusão e bolhas hemáticas. Reavaliado esquema antibiótico para Oxacilina e Clindamicina e indicada abordagem cirúrgica. Necessária a amputação de duas falanges distais do segundo dedo. Culturas da peça cirúrgica e hemoculturas negativas. No primeiro dia de pós operatório a paciente não mais apresentava sinais sistêmicos de toxicidade, porém com edema, hiperemia e dor em evolução por todo membro superior direito. Descartada trombose venosa profunda e iniciada câmara hiperbárica. Após 10 sessões e 11 dias de antibioticoterapia houve regressão do processo.

Discussão do caso e relevância: A abordagem da Mão séptica necessita pronto diagnóstico e terapêutica específica para o agente envolvido. Contribuiu para o sucesso terapêutico a oxigênio terapia hiperbárica.

Paramiotonia : relato de caso

Simis M, Polaro MN, Guimarães FA, Buainain RP, Valério BCO
Serviço de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A Paramiotonia pertence a um grupo de patologias denominadas doenças musculares dos canais iônicos ou canalopatias, neste caso, especificamente, decorrente de alteração na função dos canais de sódio. Caracteriza-se por ataques de paralisia periódica associadas à miotonia paradoxal que se desenvolvem ao exercício físico e pioram a medida que este se intensifica, podendo também ser induzidas pela exposição ao frio.

Caso: Sexo feminino, 41anos, descendência negra e indígena, natural de Belo Horizonte - MG, procedente de São Paulo há 34 anos, ex-secretaria. Queixa-se de alteração da contração muscular, principalmente no frio, desde a infância. Refere que quando contrai qualquer grupo muscular tem dificuldade de relaxar. Paciente teve 4 crises intensas nas quais evoluiu com tetraparesia reversível. A primeira aos 11 anos com melhora espontânea e os outros 3 ataques aos 39 anos. Durante os episódios apresenta aumento de enzimas musculares (CPK) com nível sérico de potássio normal.

A letroneuromiografia evidenciou padrão sugestivo de paramiotonia. Relata que a mãe e a filha de 24 anos apresentam sintomas semelhantes, mas em menor intensidade. Atualmente mantém déficit de relaxamento muscular, com piora à exposição ao frio e aos esforços, sem outras alterações ao exame físico. Aguardando retorno ambulatorial para avaliar a evolução clínica após introdução de carbamazepina.

Discussão: Dentre as canalopatias por alteração do canal de sódio, a paramiotonia é a que mais se agrava pelo frio e pela atividade física, mantendo nível sérico de potássio normal durante as crises. Tais características foram observadas na paciente em questão e o estudo eletrofisiológico, assim como os antecedentes familiares, ratificam a hipótese diagnóstica de paramiotonia.

Motivo: Difundir a existência de uma doença de baixa prevalência a fim de facilitar o diagnóstico precoce de casos semelhantes e seu tratamento adequado.

Pênfigo Vulgar como diagnóstico diferencial de dermatoses bolhosas

Ribeiro MA, Santos E, Lima RCN, Corral IS, Paganini CBL, Eras AE, Massaia IFDS
Pronto Socorro da Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: O pênfigo vulgar uma doença rara com incidência de 0,75 a 5 casos por milhão por ano¹, sendo a forma mais comum de pênfigo. Trata-se de um distúrbio auto-imune no qual há destruição das desmogleínas (moléculas de adesão da epiderme) por imunoglobulinas G. O estímulo para a produção de auto-anticorpos ainda é desconhecido.

Relato de caso: Mulher, de 53 anos, de cor parda, sem doenças associadas, apresentou bolhas em todo corpo há 3 dias após fazer uso de diclofenaco por 7 dias e 1 dose de cefalexina, sem outras queixas. Ao exame no pronto-socorro apresentava: lesões bolhosas difusas de conteúdo seroso, quando foi levantada hipótese de pênfigo herpetiforme infectado e iniciada terapia empírica com aciclovir e clindamicina. Após 2 dias apresentava-se descorada (+/4+), com piora das lesões e surgimento de novas bolhas, tendo-se optado por internação em enfermaria. Foi então realizada biópsia e colhido material para cultura de secreção interna da bolha. Durante internação as lesões bolhosas adquiriram aspecto sugestivo de eritema multiforme ou pênfigo vulgar, com sinais de infecção secundária. Diante disso, foi retirado aciclovir e introduzida corticoterapia (meticorten 1mg/kg/dia), com manutenção da clindamicina. O resultado da biópsia revelou bolha acantolítica suprabasal, a imunofluorescência direta evidenciou depósito de IgG entre as células epidérmicas, confirmando o diagnóstico de pênfigo vulgar. Na cultura da secreção houve crescimento de *Staphylococcus aureus*, sensível apenas a vancomicina e imipenem. A paciente foi mantida em observação, após aumento da dose de corticóide e introdução de vancomicina, com vigorosa hidratação, controle rigoroso de eletrólitos e sinais vitais, além de cuidados locais. Evoluiu em bom estado geral durante 10 dias, quando apresentou confusão mental e queda do nível de consciência. Foi realizada intubação orotraqueal e transferência para UTI. Paciente foi a óbito após 25 dias de internação.

Discussão: Pênfigo é uma doença vesicobolhosa rara, crônica, auto-imune e potencialmente fatal. Pênfigo vulgar é o tipo mais comum de pênfigo, correspondendo 70% do total, sendo a forma mais grave de doença bolhosa, atingindo principalmente adultos entre 5ª e 6ª décadas de vida. O diagnóstico diferencial deve ser feito com Eritema Multiforme, com distintos graus de intensidade e gravidade, sendo o limite a Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), que apresentam início súbito de lesões vesicobolhosas e eritemato-edematosas, com centro purpúrico, distribuição simétrica, presença de lesões “em alvo” e que também acometem mucosas. O eritema multiforme e SSJ são determinados por mecanismos imunológicos de hipersensibilidade, possivelmente envolvendo complexos imunes, desencadeados, por exemplo, por drogas, como sulfas, penicilina, pirazolonas. Outro diagnóstico diferencial seria feito com Necrólise Epidérmica Tóxica (NET), também desencadeada por drogas, como sulfas, penicilinas, salicilatos, caracterizada por erupção generalizada com bolhas rasas extensas e áreas de necrose epidérmica. O tratamento é feito com corticosteróides sistêmicos e imunossuppressores. A taxa de mortalidade é estimada entre 5 a 10%, sendo principalmente por complicações das drogas, como sepse.

Perfil lipídico dos pacientes com nefrite lúpica em remissão: estudo preliminar

Coeelho G, Fakhouri AS, Lara PM, Chaer FGG, Reis RC, Souza BDB

Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Nos últimos 20 anos a sobrevida dos pacientes com lupus eritematoso sistêmico (LES) tem aumentado, com isso ocorreu um aumento na mortalidade secundária a aterosclerose. A dislipidemia tem sido o fator que mais contribui para o processo de aterosclerose nos pacientes com LES.

Objetivo: descrever o perfil lipídico dos pacientes com nefrite lúpica em remissão. **Métodos:** 18 pacientes em remissão da nefrite lúpica. Todos preenchem os critérios do ACR, tinham SLEDAI < 6 e estavam usando baixas doses de corticóides. Foram critérios de exclusão: síndrome nefrótica, doença tireoidiana, doença hepática, e gravidez. Foi analisado o colesterol total (CT), LDL, HDL triglicérides (TGC) e ácido úrico.

Resultados: dos 18 pacientes, 17 (94,4%) eram do sexo feminino. A média de idade era de 38,8 anos e o tempo de doença de 10 anos. Quatorze (77,7%) faziam uso de antimaláricos. Seis (33,3%) apresentavam aumento nos níveis de triglicérides, oito (44,4%) aumento de CT, 12 (66,6%) de LDL e apenas 2 pacientes (11%) tiveram níveis de HDL baixos. Quanto ao ácido úrico, 4 pacientes (22,2%) apresentavam níveis elevados. A média do valor de triglicérides não foi diferente entre os pacientes em uso ou não de antimaláricos. Metade tinha mais de um fator de risco para doença cardiovascular. **Discussão:** A hipercolesterolemia esta presente em 56% dos pacientes com LES e é considerada um fator de risco independente. A contribuição da atividade do lúpus no mecanismo da dislipidemia ainda é incerta, achase que está relacionado com alteração na lipoproteína lipase (LPL). Diminuição na atividade da LPL resulta em acúmulo de VLDL, aumento de TGC e diminuição do HDL. Foi demonstrada a presença de um autoanticorpo contra a LPL em 47% dos pacientes com LES. Outros estudos realizados em pacientes fora de atividade também não encontraram níveis de HDL baixos. O uso de antimalárico está relacionado com uma diminuição dos níveis dos TGC, provavelmente devido a diminuição da atividade da doença e das doses de glicocorticóides. Neste estudo não foi demonstrado esta relação. Um dado importante foi a presença de mais de um fator de risco para DCV em metade dos pacientes. Dentre estes fatores deve-se considerar a hiperuricemia que é um fator de risco independente para DCV.

Policondrite recidivante - relato de caso

Magliari MER, Aquino RTR, Gonçalves ALL, Almeida JAF, Lima CAC
Departamento de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A policondrite recidivante (PR) é uma doença rara, multissistêmica, de etiologia desconhecida. Caracteriza-se por episódios recorrentes de inflamação de tecidos cartilagosos, com potencial destruição destes. Pode acometer cartilagens auriculares, nasais e traqueobrônquicas. Apresentamos caso de paciente portador de PR associada à síndrome mielodisplásica e insuficiência cardíaca (ICC).

Relato de Caso: J.L.C, 72 anos, sexo masculino, em investigação de anemia macrocítica. Há 6 meses, iniciou quadro clínico de insuficiência cardíaca progressiva, associada a lesões em pavilhão auricular esquerdo, articulações interfalangeanas proximais, apresentando melhora com uso de prednisona e piora com a suspensão da mesma. Em regular estado geral, descorado 3+/4+, dispnéico 3+/4+, PA 100x50mmHg, FC 84bpm. Ausculta pulmonar com presença de estertores crepitantes bibasais; aparelho cardiovascular apresentando sopro sistólico em foco mitral +/6+ e edema 3+/4+ em membros inferiores. Orelha esquerda com edema e hiperemia importante em pavilhão auricular, poupando o lóbulo (fig. 01). Canal auditivo esquerdo com discreto edema, sem outras alterações. Exames laboratoriais com Hb de 6,18g/dL, Hto de 19,2%, VCM de 110fl, HCM de 37,62pg, leucócitos de 6930/mL e plaquetas 142000/mL. Ecocardiograma com fração de ejeção de 30%, hipocinesia difusa; e mielograma compatível com síndrome mielodisplásica (SMD). A presença de recidivas da condrite auricular após a suspensão do corticóide sugeriu o diagnóstico de PR. A conduta foi a reintrodução do corticóide 10mg/dia, tratamento da ICC e transfusão de sangue quando necessário. O paciente evoluiu com melhora das lesões articulares e auriculares.

Discussão: A PR é uma doença rara. Cerca de 30% dos casos apresentam doença auto-imune ou hematológica associada. A condrite auricular é a forma de apresentação mais freqüente, caracterizada por inflamação intermitente do pavilhão auricular, poupando o lóbulo da orelha, seguida da poli ou oligoartrite. A vasculite sistêmica ocorre em 10% dos casos e pode acometer as artérias coronárias com possíveis eventos isquêmicos. Acreditamos que esta tenha sido a causa principal da insuficiência cardíaca no caso descrito.

Os critérios diagnósticos, foram sugeridos por Mc Adams, requerem a presença de condrite em pelo menos dois locais (nasal, auricular e tráqueo-laríngea); ou uma condrite e duas outras manifestações sistêmicas: inflamação ocular, auditiva, vestibular e artrite soronegativa.

Os exames laboratoriais não são específicos. Pode haver aumento do VHS, anemia, hipoalbuminemia, hiperglobulinemia, hiperglicemia, elevação da ASLO, fator anti-núcleo positivo, sorologia para sífilis falso-positiva. O estudo radiológico pode mostrar calcificação da cartilagem da orelha, nariz e traquéia.

Em associação com a PR, há relatos de síndrome mielodisplásica, que é a complicação hematológica mais freqüente, sendo potencialmente fatal.

Na condrite auricular, nasal ou artrite periférica, o tratamento consiste em antiinflamatórios não-esteróides associados ou não aos analgésicos. Caso não se observe resposta em 7 a 10 dias, deve-se iniciar dapsona ou prednisona (0,2 a 1,0mg/kg/dia), as quais diminuem a atividade da doença e a incidência de recorrência. A terapêutica imunossupressora é utilizada em casos refratários ou em uso de doses elevadas e/ou prolongadas de corticóide.

A sobrevida é de, aproximadamente, 74% em 5 anos. O prognóstico está relacionado à presença de comprometimento cardíaco ou da árvore traqueobrônquica, que são as principais causas de morbi-mortalidade. No caso descrito, a severidade da anemia associada à ICC tornaram o prognóstico do paciente bastante reservado.

Conclusão: A PR é uma doença rara com acometimento multissistêmico. Sua variabilidade clínica e seu caráter intermitente dificultam o diagnóstico. Tanto o diagnóstico, quanto o tratamento precoces são decisivos para um desfecho favorável; principalmente quando os órgãos afetados colocam em risco a vida do paciente.

Abdomem agudo: apresentação de doença clínica

Massaia IFDS, Conceição FG, Lima RCN, Gorzoni ML, Golin V
Departamento de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Porfíria intermitente aguda (PIA) é a mais comum e mais severa das porfirias hepáticas. É uma desordem autossômica dominante causada por deficiência parcial da atividade da porfobilinogênio desaminase (PBGD) [1]. Apesar de ocorrer em 1 a 2 por 100,000 na Europa, 2,4 por 100,000 na Finlândia e poder estar presente em 1 a cada 500 pacientes psiquiátricos, só 10% apresentarão alguma manifestação clínica durante a vida [2].

Relato de Caso: MBA 24 anos, estudante, procedente e natural de São Paulo-SP, procurou o PS da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com queixa de dor abdominal há 7 dias. Apresentava dor em flanco e hipocôndrio direitos, súbita, de forte intensidade, acompanhada de febre, disúria e polaciúria. Como antecedentes, apresentava diabetes mellitus tipo 1 há 15 anos e epilepsia (sic) há 2 anos. Fazia uso de insulina NPH e fenitoína. Ao exame inicial encontrava-se em REG, com respiração de Kusmaull, desidratada com glicemia capilar elevada e urina tipo 1 ineficaz. Foi feito HD de ITU e cetoacidose diabética e iniciado tratamento. Evoluiu sem melhora do quadro com convulsões e rebaixamento do nível de consciência necessitando de intubação orotraqueal. Permaneceu em UTI e, mesmo após resolução da cetoacidose diabética e tratamento da ITU mantinha dor abdominal. Foi realizado USG abdominal que mostrou hepatomegalia sem demais alterações. Optado por laparoscopia que nada evidenciou além de hepatomegalia homogenea, biopsia hepática demonstrava fígado reacional. Após alta da UTI foi admitida na enfermaria mantendo dor abdominal de forte intensidade com pouca resposta a analgesia e episódios de hipoglicemia. Foi solicitada pesquisa de porfobilinogênio urinário a qual foi positiva. Feito diagnóstico de porfíria intermitente aguda, a paciente recebeu analgesia com opióide e dieta rica em carboidratos (300-400g/dia) objetivando glicemia capilar em torno de 200mg/dl. Evoluiu com resolução do quadro doloroso sem nenhuma manifestação neurológica.

Discussão: Indivíduos diabéticos podem apresentar dor abdominal de diversas etiologias, porém dor refratária ao tratamento deve sempre alertar para doenças incomuns. A crise da porfíria intermitente aguda pode ser deflagrada por infecções, distúrbios metabólicos como acidose e hipoglicemia e com uso de alguns fármacos (entre eles a fenitoína). O caso descrito reúne diversos desencadeantes da crise algica da PIA e trás como desafio o tratamento desta em paciente diabético. Inicialmente foi proposto dieta rica em carboidratos permitindo glicemias mais elevadas objetivando inibição na formação dos metabólitos ativos da biossíntese do heme, responsáveis pelas crises dolorosas.

Motivo da apresentação do caso: Causa rara de dor abdominal e ausência de relatos de porfíria intermitente aguda em indivíduo diabético tipo 1. A proposta terapêutica utilizada para esta paciente foi inédita, uma vez que não foi encontrado referências ao tratamento em diabéticos tipo 1.

Prevalência da pneumococemia nas Unidades de Emergência de um Hospital Terciário

Massaia IFDS, Espírito Santo CVA, Conceição FG, Gorzoni M, Nigro S, Marrochi LC, Lima CAC, Golin V
Departamento de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A frequência e a gravidade tornaram a infecção pneumocócica alvo de preocupação em todo o mundo. *Streptococcus pneumoniae* é um patógeno humano de excelência, sendo relevante causa de pneumonia, meningite, otite média e septicemia. Apesar do uso de antimicrobianos, cuidados de terapia intensiva e da vacina polissacaríde a mortalidade continua elevada. A investigação da interação parasita-hospedeiro e de seus mecanismos de indução de sepse é, por isso, de singular importância.

Objetivo: O presente estudo visa observar e descrever a prevalência de Pneumococemia nas Unidades de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo correspondente ao período de Novembro de 2006 a Dezembro de 2007.

Método: Foram revisados os prontuários de 22 casos de Pneumococemia a partir do banco de dados microbiológicos do Laboratório Central da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no período de um ano (Novembro de 2006 a Dezembro de 2007), anotando sexo, idade, causa imediata de óbito, comorbidades associadas, hábitos de vida e vícios, uso de imunossupressores, bem como unidade de atendimento e tratamento instituído, para posterior análise das prevalências encontradas e comparação com as informações contidas na literatura mundial. Foi considerada como critério de inclusão a identificação do *Streptococcus pneumoniae* em hemocultura no curso de um quadro clínico compatível com sepse e critério de exclusão todos os demais casos. A partir dos dados aferidos foram construídas tabelas cruzadas ou bidimensionais, sendo a variável de interesse principal o desfecho óbito. O programa utilizado para as referidas análises de prevalência e estatística foi o SPSS 15.0.

Resultados: Foram encontrados 22 casos de Pneumococemia. Apenas um paciente não pode ser adequadamente investigado quanto a soro positividade para o HIV e utilização de corticosteróides, devido à ausência de dados suficientes em prontuário, sendo contabilizado na análise de frequência como perda. 50% dos casos eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino, sendo a idade média dos doentes em torno de 10 anos (9 anos e 11 meses) e a maior frequência de doentes provenientes da unidade do Pronto Socorro Infantil de nosso serviço (77,2%). A utilização de corticoterapia prolongada foi o fator isolado mais associado à incidência de Pneumococemia (28,6%), seguido pela presença de

Neoplasias, principalmente as de origem hematológica, e uso de Quimioterapia (22,7%). Tabagistas somaram 13,6% e Etílicas 9,1, sendo importante notar que esses são fatores associados que incidem principalmente ou exclusivamente em pacientes de uma faixa etária maior, o que poderia elevar ainda mais a frequência de associação desses marcadores (por exemplo, 60 e 40 por cento dos casos, se considerada a idade a cima de 18 anos). A presença de história patológica de Insuficiência Cardíaca Congestiva e soro positividade para o Vírus da Imunodeficiência Humana também se mostraram relacionados a alguns dos casos, representando, respectivamente, as porcentagens de 4,5% e 4,8%, dos enfermos com o Pneumococo no sangue. Patologias como a Cirrose hepática, Insuficiência Renal Crônica, Diabetes Mellito, Asplenia, Anemia Falciforme e Lupus Eritematoso Sistêmico, apesar de estarem classicamente relacionadas à predisposição à doença pneumocócica invasiva, não foram identificadas e registradas em nenhum dos doentes pesquisados em nosso serviço.

Discussão e conclusão: Nosso modelo de pesquisa, assim como todos que se dispõem à investigação utilizando dados contidos em prontuário, possui algumas limitações, mas que foram reduzidos a valores aceitáveis através da exclusão de dados que pudessem atrapalhar na análise das frequências, como descrito nos resultados, e da complementação da pesquisa com informações contidas em resumos de alta e relatórios de óbito dos pacientes. Em relação ao número de óbitos encontrados em nossa pesquisa, encontramos uma diferença em relação aos dados existentes na literatura mundial (9,1% em nossa casuística *versus* 30% de mortalidade mundial, independente do tratamento instituído). Resultados esses que poderiam ser justificados pelo *n* limitado de pacientes, mas que continuam merecendo atenção especial, devido ao valor não desprezível encontrado. Em concordância com a literatura, encontramos em nossa casuística uma maior ocorrência de Pneumococemia em crianças, sendo que 77,2% tinham menos de 18 anos de idade e uma provável predisposição à patologia em quem tinha um grau significativo de deficiência de imunidade celular, como os etílicos, os usuários de drogas imunossupressoras (corticóides e quimioterápicos), HIV positivos e transplantados (4,5%). Apesar da clássica associação da Anemia Falciforme com infecção por germes encapsulados, como o *Streptococcus pneumoniae*, devido à deficiência na lise pelo complemento, não encontramos pacientes com a patologia entre os indivíduos pesquisados. Outro fato relevante, a pesar de não encontrarmos dados na literatura que indiquem a ocorrência de Trauma Crânio Encefálico recente como fator predisponente isolado para a doença pneumocócica invasiva, identificamos este evento em 9,1% dos indivíduos estudados. Muitos estudos ainda necessitam ser realizados para o completo entendimento da Pneumococemia.

Qualidade do sono dos idosos, morbidades e medicamentos: qual a relação?

Armelin CB, Valente M, Carvalho GBA, Lima MLBS, Marques WV, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução e objetivo: A população geriátrica é reconhecida pelo aumento da prevalência de morbidades e uso de medicamentos, assim como da incidência dos transtornos do sono. Diversos são os fatores causais dos transtornos do sono: fisiológicos, patológicos, farmacológicos e sociais. Este estudo se propôs a avaliar a qualidade de sono e sua relação com as morbidades e o uso de medicamentos dos idosos atendidos no ambulatório do HGCDPII- ISCMSP.

Metodologia: Realizado Estudo de corte transversal com 141 entrevistas com os idosos atendidos no ambulatório do Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II- ISCMSP de outubro a dezembro de 2007, sendo incluídos todos os pacientes com idade acima de 60 anos e MEEM (mini exame de estado mental) abaixo de 10. Para cada idoso foi aplicado o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), com o levantamento de morbidades e medicações em uso. O PSQI é um instrumento de avaliação da qualidade do sono composto por 19 questões, que são agrupadas em 7 componentes: qualidade subjetiva do sono (C1), latência do sono (C2), duração do tempo de sono (C3), eficiência habitual do sono (C4), distúrbios do sono (C5), uso de medicações para dormir (C6) e disfunções durante o dia (C7). Cada componente é pontuado de "0" que indica sem dificuldade e "3" que indica com grande dificuldade. A soma dos 7 componentes resulta em uma score global de 0 (sem dificuldade) à 21 pontos (grande dificuldade em todas as áreas). O score global PSQI acima de 5 tem sensibilidade de 89,6% e especificidade de 86,5% ($\kappa=0,75$; $p<0,001$) em distinguir um sono bom do ruim. (Buysse, 1988). Seguiu-se, então, a análise de multivariável pelo ANCOVA estabelecendo relação entre determinadas doenças e certos medicamentos com a qualidade do sono, que de acordo com a literatura interferem com o mesmo.

Resultados: Encontramos relação relevante entre a qualidade de sono ruim (PSQI>5) e 3 variáveis: depressão($p<0,001$), uso de psicofármacos($p=0,002$) e polifarmácia($p=0,001$). Quanto aos componentes do score do PSQI, estabeleceu-se relação entre o diagnóstico de obesidade e o componente referente a distúrbios do sono($p=0,005$); o diagnóstico de ICardíaca e o componente da qualidade subjetiva do sono($p=0,02$); diagnóstico de Doença de Parkinson e o componente de disfunção diurna($p <0,001$); demência e os componentes referentes a duração do sono($p=0,01$) e distúrbio diurno($p<0,001$); osteoartrite e o componente de distúrbio do sono($p=0,01$).

Conclusão e Discussão: Ficou bem estabelecida a relação entre polifarmácia e uso de psicofármacos com prejuízo da qualidade do sono. Quanto às morbidades, os componentes alterados vão de encontro com o que diz a literatura, idosos com obesidade e osteoartrite tem distúrbios do sono, com Parkinson e Demência tem disfunção durante dia.

Sílico-antimoniose: relato de caso

Gonçalves IRD, Aquino RTR, Magliari MER, Almeida JAF, Azevedo MFC, Marques AS
Departamento de Clínica Médica - Área IV – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia São Paulo

Introdução: Pneumoconioses ainda representam problema mundial. Trabalhadores de mineração estão expostos à inalação de poeira contendo sílica, associada à silicose, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e propensão à tuberculose. Na silicose, as partículas inaladas depositam-se nos bronquíolos e alvéolos e induzem a um processo inflamatório que pode evoluir para fibrose nodular. Os mineradores também ficam expostos a outros tipos de poeiras de acordo com o tipo de mina. Descrevemos o caso de paciente que trabalhou em minas de antimônio (Sb), metal encontrado sob a forma de estibinita (Sb₂S₃). A inalação destas poeiras causa a sílico-antimoniose. A exposição pura ao minério de antimônio é considerada benigna (não-fibrogênica), mas exposição crônica e maciça não pode ser considerada inofensiva.

Relato de Caso: Paciente J.M.S., 67 anos, sexo feminino, natural de Potosí (Bolívia), em São Paulo há 5 meses, trabalhou com mineração de antimônio dos 12 aos 50 anos. Há 4 anos iniciou quadro de tosse com secreção amarelada e sudorese noturna, sem febre. Realizado tratamento empírico para tuberculose por 8 meses, sem melhora, e teve múltiplas internações por infecções pulmonares. Perdeu cerca de dez quilos nos últimos 2 anos e há 4 meses tem episódios de hemoptise. Refere exposição ao fogão de lenha e oito partos normais domiciliares. Seu marido e 2 irmãos, além de outras pessoas que trabalharam no mesmo local, faleceram por doenças pulmonares.

Há uma semana houve piora da tosse e dos hemoptoicos e queda do estado geral. Apresentava-se em REG, hipocorada ++/4+, afebril, normotensa e taquidispnéica (FR=40 ipm), com estertores subcrepitantes difusos. Hemograma com anemia microcítica hipocrômica (Hb 5,64 g/dl, VCM=51,3 fL) e discreta leucocitose (13500 / µl com neutrofilia 89%). Rx de tórax apresentava padrão miliar. A baciloscopia do escarro foi negativa. Introduzida antibioticoterapia (ampicilina e ciprofloxacina), transfusão de hemácias e oxigenioterapia.

Discussão: Relatamos caso de doença ocupacional relacionada à mineração, sílico-antimoniose, que levou à fibrose pulmonar irreversível. O tratamento preconizado é de suporte. Destacamos a precariedade das condições de trabalho dos mineradores desta região, muito insalubre, sem nenhum tipo de equipamento de proteção. A expectativa média de vida destes trabalhadores é de 40 anos, sendo que 90% deles falecem de patologias pulmonares e 10% de acidentes no trabalho.

Motivo da apresentação: Há escassa literatura sobre doenças associadas ao trabalho de mineração de antimônio. Objetivamos ressaltar a importância da segurança no trabalho e auxiliar no diagnóstico de pacientes que trabalham nas mesmas condições.

Prevenção de evento cardíaco fatal com cardio-desfibrilador em amiloidose cardíaca

Pereira DCG, Borges DCM, Henares BB, Silva FM, Hyppolito DB, Peroni AP, de Almeida AL, Rivetti LA, Franken RA

Serviço de Cardiologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A amiloidose compreende um grupo heterogêneo de doenças que possuem em comum o depósito extracelular de substância amilóide, termo inicialmente introduzido por Virchow em 1854. As doenças amilóides podem ser divididas em sistêmicas ou localizadas, de acordo com a extensão do seu depósito, ou ainda em formas adquiridas ou hereditárias. O depósito amilóide pode ocorrer em qualquer tecido, levando à disfunção ou à insuficiência de um órgão. O diagnóstico de amiloidose baseia-se na demonstração histológica do depósito tecidual de amilóide e a confirmação definitiva é feita por meio da coloração com vermelho-congo. As principais repercussões clínicas decorrem do comprometimento renal e cardíaco e que são responsáveis pela sobrevida dos pacientes na maioria dos casos.

Relato de Caso: H.D.F., 27 anos, branco, natural e procedente do interior de São Paulo, previamente hígido, iniciou acompanhamento médico há nove anos, após episódio de epistaxe. A fim de esclarecer a causa da manifestação, o paciente realizou exames laboratoriais que constataram anemia, plaquetopenia e alteração da função hepática. Alguns meses após foi submetido a exame de tomografia computadorizada de abdômen que evidenciou alterações do parênquima hepático (2001). Nos anos seguintes, evoluiu com piora progressiva da função hepática com quadro de icterícia e coagulopatia sendo internado no ano de 2006 para investigação clínica. Neste mesmo ano, o paciente evoluiu com episódio de síncope associado à taquicardia ventricular. Após a reversão da arritmia, foi submetido à laparotomia com o objetivo de ressecção da lesão hepática, momento em que foram constatadas outras lesões, sendo o procedimento substituído por biópsia hepática que após avaliação histopatológica constatou a presença de lesões coradas pelo corante vermelho do congo. Com a alta hospitalar o paciente permaneceu em seguimento, evoluindo com melhora clínica e reversão da disfunção hepática além de alteração dos níveis de uréia e creatinina. Foi avaliado por equipe de cardiologia devido ao quadro de síncope, sendo indicado o implante de cardio-desfibrilador para prevenção de evento cardíaco fatal, procedimento realizado com sucesso em maio de 2008.

Discussão: O paciente apresentado é portador de doença sistêmica com acometimento cardíaco (infiltração amilóide do miocárdio), fato que possivelmente foi o gatilho deflagrador da taquiarritmia apresentada pelo paciente.

Como forma de prevenção de morte súbita após um nova arritmia, foi indicado o implante de cardiodesfibrilador, realizado com sucesso.

Motivo da Apresentação: A importância do presente caso advém da raridade desta condição clínica e do seu acometimento cardíaco. Associado ao fato do paciente ter apresentado um quadro de síncope após taquicardia ventricular e da indicação precoce do cardio-desfibrilador implantável como forma de prevenção de arritmia fatal, evento esperado em pacientes com cardiomiopatia amilóide.

Exames:

RM coração (30/04/2008)

- Drenagem venosa sistêmica e pulmonar de configuração anatômica normal
 - Pericárdio com espessura e intensidade de sinal normal
 - Aumento da espessura miocárdica de forma concêntrica do ventrículo esquerdo (espessura do septo interventricular de 16mm e parede posterior do VE de 13mm)
 - Dimensões conservadas dos ventrículos e aumento discreto dos átrios
 - Relações átrio-ventriculares e ventrículo atriais preservadas
 - Raiz e porção ascendente da aorta e tronco da artéria pulmonar de calibre e contornos normais
 - O estudo dinâmico evidenciou desempenho sistólico preservado de ambos os ventrículos
 - Ausência de alterações regionais de contratilidade ou de disfunções valvares significativas
- (Impressão Diagnóstica: Discreto aumento dos átrios associado a aumento da espessura miocárdica do ventrículo esquerdo – em função dos antecedentes clínicos considerar a possibilidade de miocardiopatia restritiva (amiloidose))

Holter (26/03/2008)

- Ritmo sinusal regular (FCmin – 55bpm / FCmédia – 68bpm / FCmáx – 97bpm)
- BAV de primeiro grau permanente com intervalo PR variável, durante o exame
- Bloqueio de ramo direito fixo durante o exame
- Atividade ectópica supraventricular isolada esporádica
- Atividade ectópica ventricular monomórfica isolada esporádica
- Sem sintomas durante o exame

Ecocardiograma (29/03/2008)

- VE com dimensões conservadas, apresentando hipertrofia concêntrica acentuada de suas paredes com boa mobilidade segmentar e função contrátil global normal. Há sinais de disfunção diastólica tipo padrão restritivo do relaxamento ventricular.
- Aumento discreto do átrio esquerdo
- Insuficiências funcionais discretas das valvas mitral e aórtica sem estenose associada. Nota-se sinais de hipertrofia das paredes do VD
- Insuficiência tricúspide funcional leve sem hipertensão pulmonar, com PSAP ~ 25
- Sinais de disfunção diastólica do VD, tipo padrão restritivo
- Presença de hipertrofia do septo interatrial
- Pericárdio normal

(Impressão Diagnóstica: Achados ecocardiográficos compatíveis com doença miocárdica tipo depósito)

Biópsia Hepática (02/10/2006)

- Fragmentos hepáticos com discreta atividade inflamatória portal e intensa deposição difusa de material vermelho-congo positivo. Os cortes mostram parênquima hepático que apresenta os espaços porta com raros linfócitos em torno de ductos, arteríolas e vênulas. No lóbulo, há depósito de substância amorfa eosinofílica, vermelho Congo positiva, dispostas em aglomerados globosos nos sinusóides.

Exames Laboratoriais (15/01/2008)

Hb = 10VCM=86,1HCM=27,7Leucogramas= 8400/mm³N=56%E=3%L=36%M=5%Plaquetas= 480000

Gasometria venosa = BIC=13

Cr=1,9Ur=60

Proteinúria 24h (09/05/08)=4,6g

TGO=36TGP=23YGT=560

BT=0,6BD=0,2BI=0,4

Na=132K=4,0

CT=246 HDL=38 LDL=118 TGL=674

PT=5,9Alb=3,4Glob=2,5

Hipertireoidismo e miastenia grave com apresentação ocular

Ribeiro MA, Paganini CBL, La Falce TS, Eras AE, Minanni CA, Jorge TWC, Marrochi LC
Clínica Médica – Área III – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A miastenia grave é uma doença autoimune que acomete os receptores de acetilcolina da junção neuromuscular sendo caracterizada por fraqueza e fadigabilidade da musculatura esquelética. Apresenta incidência anual de 10 a 20 casos novos por milhão de pessoas.

Pode ser ocular pura ou generalizada e os sintomas flutuam ao longo do dia. Em 10 a 15% dos casos de miastenia grave há presença de timoma. Em apenas 10% dos casos a doença associa-se com outra doença auto-imune como, por exemplo, o hipertireoidismo.

Relato de caso: Mulher, 69 anos, natural e procedente de São Paulo. Deu entrada no ambulatório com queixa de ptose palpebral bilateral há quatro meses. Apresentava antecedente de hipertireoidismo há três anos em tratamento com Tapazol 20mg/dia, sem outros antecedentes mórbidos conhecidos.

Ao exame apresentava ptose palpebral bilateral assimétrica (mais intensa do lado esquerdo) sem queda do estado geral, tireóide não palpável. Restante do exame físico geral sem alterações. O exame neurológico confirmou ptose palpebral bilateral que piorava com movimentos repetidos de abrir e fechar os olhos além de movimentação ocular direita levemente diminuída ao dirigir o olhar para cima. Restante do exame neurológico sem alterações. Exames complementares: TSH: 0,24uU/mL; T4L: 0,6 ng/dL; T3: 78 ng/dL; Trab: 11%; USG de tireóide: discreta alteração difusa da ecotextura tireoidiana. Cisto de aspecto colóide no lobo direito. Radiografia de tórax sem alterações. Teste com prostigmina positivo. A eletroneuromiografia (ENM) mostrou diminuição progressiva de amplitude da contração muscular apenas em região periocular. A hipótese diagnóstica foi de miastenia grave forma ocular pura e a paciente recebeu alta hospitalar com mestinon 60mg 4X/dia, corticosteróide 60mg/dia, tapazol 10mg/dia e retorno ambulatorial.

Discussão: Paciente com antecedente hipertireoidismo apresenta-se apenas com queixa de ptose palpebral, sem história prévia de fato semelhante. Sabe-se que existe uma associação entre hipertireoidismo e miastenia grave, no entanto, é necessário descartar outras causas de ptose palpebral como, por exemplo, a função tireoidiana descompensada. Os exames laboratoriais descartaram qualquer alteração de função tireoidiana evidenciando um controle adequado do hipertireoidismo com Tapazol 20mg/dia. O exame físico mostrou ptose palpebral assimétrica que piorava com o decorrer do dia ou após movimentos repetidos do grupo muscular acometido caracterizando o quadro clínico de miastenia grave.

Para confirmar o diagnóstico realizou-se o teste com prostigmina (inibidor da acetilcolinesterase) o qual foi positivo reforçando a hipótese diagnóstica. Como a força muscular estava preservada nos membros (confirmada pela ENM), a paciente recebeu o diagnóstico de miastenia grave da forma ocular pura.

Aneurisma micótico decorrente de endocardite bacteriana

Ribeiro MA, Santos E, La Falce TS, Eras AE, Paganini CBL, Todeschini AB, Gorzoni ML
Clínica Médica – Área III – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A endocardite bacteriana é caracterizada pela formação de vegetações valvares compostas por plaquetas, fibrina, microorganismos e células inflamatórias.

A complicação mais grave da doença é a embolização séptica destacando-se o acometimento do sistema nervoso central. Complicações neurológicas se desenvolvem em aproximadamente 25-35% dos casos, mas podem ser prevenidas com a instituição de antibioticoterapia adequada.

Relato de Caso: Paciente de 52 anos, sexo masculino, sem antecedentes mórbidos conhecidos, referindo tabagismo e etilismo social, deu entrada no PS da Santa Casa trazido por conhecidos que referiam história de febre não aferida e confusão mental, não sabendo informar a quanto tempo.

Ao exame físico apresentava-se febril, com sopro sistólico em foco mitral, força muscular diminuída em hemisfério direito, paralisia facial central a direita, afasia de expressão e dentes em péssimo estado de conservação. Hemograma revelou leucocitose (14.900/uL com 78% neutrófilos segmentados). Na admissão apresentava VHS de 75 mm e PCR 14,8. Foram colhidas 4 amostras de hemocultura que vieram negativas. Recebeu inicialmente ampicilina, vancomicina e gentamicina, que foram substituídos pela associação vancomicina, rifampicina e ceftriaxone. A tomografia de crânio não mostrou alterações. O ecocardiograma transesofágico evidenciou lesão em valva mitral com vegetação de 14 mm em face atrial. Após 11 dias evoluiu com rebaixamento do nível de consciência (coma grau 2), hipotensão e picos febris, nova tomografia de crânio evidenciou hemorragia subaracnóideia Fisher II em região de núcleos da base a esquerda. Optou-se por conduta conservadora, mantendo antibioticoterapia e suporte clínico. Após 4 dias afebril e com melhora do estado geral, apresentou coma grau 4, hipertensão, bradicardia e piora do sopro cardíaco, tendo sido transferido para unidade semi-intensiva e submetido a intubação orotraqueal. Nova TC de crânio evidenciou hemorragia subaracnóideia Fisher IV sem indicação de intervenção cirúrgica. O paciente cursou com pupilas anisocóricas que se tornaram midriáticas fixas e ausência dos reflexos de tronco. No mesmo dia após 18 horas foi a óbito.

Discussão: Embora apresentasse hemoculturas negativas, não preenchendo todos os critérios de Duke, o paciente apresentava quadro clínico muito sugestivo de endocardite bacteriana, tendo-se optado por antibioticoterapia empírica. A literatura menciona uma taxa de 2 a 7% de hemoculturas negativas em pacientes com endocardite. A hipótese feita foi de AVE isquêmico secundário à embolização, com conversão em AVE hemorrágico. A primeira TC de crânio não mostrou alterações, ficando inicialmente descartada a possibilidade de evento hemorrágico, mas não de fenômeno isquêmico. O novo rebaixamento do nível de consciência exigiu nova tomografia, que confirmou hemorragia. O consenso ACC/AHA de 2006 recomenda cirurgia para troca de válvula em algumas situações específicas, dentre elas a presença de vegetação maior que 10 mm de diâmetro. No entanto a necessidade de anticoagulação durante procedimento eleva o risco de progressão da área infartada e/ou conversão de um evento isquêmico em hemorrágico, tendo sido então optada por conduta conservadora.

Glioblastoma multiforme: diagnósticos diferenciais Martins LM, Spinardi JR, Corral IS, Lima RCN, Conceição FG, Massaia IFDS, Marrochi LC R
Pronto Socorro da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Apresentamos o caso de uma paciente que, após iniciar tratamento para otite média aguda, evoluiu com crise convulsiva tônico-clônico generalizada, sendo identificada uma lesão cerebral temporal compatível com abscesso decorrente da otite. Posteriormente verificamos que se tratava de um tumor maligno de origem glial. **Relato de caso:** Paciente RHS, 38 anos, trazida ao PS da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo dia 27/03/2008 por ter apresentado crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Antecedente: otite média aguda à esquerda em tratamento com amoxicilina havia 3 dias. À entrada estava apenas desorientada no tempo e com força motora grau IV em hemicorpo direito, com paralisia VII nervo central direito sem sinais meníngeos ou movimentos involuntários, com sinais de otite média supurada à esquerda. A tomografia evidenciou imagem compatível com abscesso em região fronto-temporal à esquerda, interrogando também processo neoplásico ou toxoplasmose. Iniciado tratamento com antibioticoterapia, fenitoína e dexametasona. Evoluiu afebril, com melhora da cefaléia, sem novas crises convulsivas. Realizada nova tomografia para controle que evidenciou piora da lesão com desvio importante da linha média e edema perilesional. Reintroduzido dexametasona. A ressonância magnética evidenciou formação sugestiva de processo neoplásico primário do sistema nervoso central de provável origem glial. Submetida à craniotomia para exérese da lesão em 15/04/2008. O anátomo-patológico identificou glioblastoma (WHO grau IV). Recebeu alta hospitalar em 23/04/2008 com fenitoína, dexametasona e omeprazol. **Discussão:** as manifestações clínicas mais comuns dos tumores de sistema nervoso central são as decorrentes de hipertensão intracraniana. Crises convulsivas secundárias decorrem de tumores ou lesões em região temporal ou frontoparietal. À tomografia o glioblastoma pode se apresentar como imagem sugestiva de abscesso, com área de necrose central e edema perilesional, e é o tumor primário de sistema nervoso central mais agressivo, com sobrevida média de 5 meses. O antecedente de otite ipsilateral à lesão e a melhora clínica com o tratamento reforçavam o diagnóstico de abscesso, embora este diagnóstico não fosse o definitivo. **Motivo de apresentação:** neste caso não apenas a imagem da tomografia sugeria abscesso, mas também o antecedente de otite ipsilateral à lesão. Relatamos este caso para expor a necessidade de considerar diagnósticos diferenciais de abscesso intracraniano ainda que outros diagnósticos sejam inicialmente mais prováveis.

Uso de antimicrobianos em enfermarias de Clínica Médica

Fontenele JS, Yamashita GA, Schaaffhausen NTV, Fatorri TP, Rasslan Z, Spagnuolo FJ, Taddeo EF, Lima CAC
Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Introdução: Os antimicrobianos são os fármacos mais utilizados em hospitais, acarretando significativos gastos. O uso clínico indevido dos antimicrobianos no tratamento e na profilaxia das infecções humanas constitui uma das principais causas do aumento da resistência microbiana. O uso racional de antimicrobianos não é a utilização do fármaco recém-lançado no mercado e sim à prudência em utilizá-lo no contexto adequado. O manejo clínico dos antimicrobianos em ambiente hospitalar provoca efeito individual e coletivo, pois além de afetar o paciente que faz uso do medicamento, atinge também de maneira significativa a microbiota do hospital. Essa utilização, feita de forma adequada ou não, é responsável pela seleção de cepas microbianas resistentes e pressão seletiva exercida pelo uso desses medicamentos é colocada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de resistência microbiana e está diretamente relacionada ao aumento do uso destas drogas. A adequação da escolha do antimicrobiano deve ser baseada no histórico clínico do paciente, nos resultados dos exames laboratoriais bioquímicos e microbiológicos, e nos exames de imagem, somados ao grau de evidência sobre os desfechos associados a estes dados, os quais devem ser observados para a prescrição inicial de um antimicrobiano ou para a necessidade de mudança de um esquema terapêutico já iniciado. **Objetivos:** Verificar o tipo e a prevalência do uso de antibióticos em enfermarias da Clínica Médica. Detectar as principais enfermidades infecciosas que determinaram o uso de antibióticos.

Verificar a necessidade de substituição destes medicamentos durante a internação. **Casuística e método:** Estudo retrospectivo, baseado em dados de prontuários, realizado em julho de 2008, onde foram analisados os diagnósticos e classe de antibióticos utilizado em 115 pacientes adultos submetidos à terapia antimicrobiana. **Resultados:** 115 pacientes, destes 68 mulheres e 47 homens

Principais diagnósticos em enfermarias de clínica médica:

Pneumonia (38); infecção do trato urinária (12); neutropenia febril (10); meningite (6); celulite/erisipela (5); endocardite (3); infecção de marcapasso (3); infecção de ferida cirúrgica (3); pielonefrite (2); empiema (2)

Principais medicamentos utilizados em enfermaria de clínica médica:

Ciprofloxacino (34); ceftriaxone (27); ampicilina (26); vancomicina (21); clindamicina (11); levofloxacina (10); penicilina (7); imipenem (7); oxacilina (6); ceftazidima (5); sulfametazol-trimetropim (5); gentamicina (5); amoxicilina (3), outros (5), sem antimicrobiano (7).

Necessidade de substituição de antimicrobianos: 43% dos pacientes (n=50)

Não necessitaram de substituição de antimicrobianos 57% (n=65).

Principais medicamentos instituídos após substituição:

Vancomicina (19); ceftriaxone (14); imipenem (12); sulfametazol-trimetropim (2); levofloxacino (8); ceftazidima (7); clindamicina (4); ampicilina (3); claritromicina (3) oxacilina (2), ciprofloxacino (2).

Conclusão: O ciprofloxacino foi o antimicrobiano mais utilizado.

A pneumonia foi a principal enfermidade diagnosticada nas enfermarias de clínica médica.

A vancomicina foi o antimicrobiano mais utilizado na substituição de antibióticos.

Avaliação prospectiva do perfil lipídico na artrite reumatóide

Avelar AB, Melo ACG, Souza BDB

Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A artrite reumatóide é uma doença inflamatória crônica que afeta primariamente a membrana sinovial, levando ao dano articular e destruição óssea. Acomete 1% da população e está associada ao aumento de morbidade e mortalidade devido a doenças cardiovasculares, predominantemente a aterosclerose acelerada. **Objetivo:** Avaliar a alteração do perfil lipídico na artrite reumatóide e sua associação com a atividade de doença.

Métodos: Estudo prospectivo de 21 pacientes, do sexo feminino, com artrite reumatóide, acompanhadas durante 1 ano, em tratamento conforme preconizado pelo Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatóide. Pacientes com idade média de 53,7 anos, duração média da doença de 6,83 anos, fator reumatóide positivo e erosões à radiografia de mãos e/ou pés. Foram realizadas duas avaliações de colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol, triglicérides, apolipoproteínas A e B, lipoproteína (a) e VHS, além de HAQ e índice de atividade de doença, através do DAS28. Foram excluídos pacientes em uso de hipolipemiantes e antimaláricos.

Resultados: Após 1 ano, houve aumento significante dos níveis de colesterol total ($p=0,019$) em 66,6% das pacientes e de LDL-colesterol ($p=0,008$) em 80,9% das pacientes. Quanto aos níveis de lipoproteína (a), houve redução significante ($p=0,003$) em 33,33% dos casos. Diminuição significante ocorreu também no VHS, HAQ e DAS28. Porém, não houve associação entre a alteração do perfil lipídico e atividade de doença.

Conclusão: Houve uma piora do perfil lipídico das pacientes com artrite reumatóide após avaliação de 1 ano, independente da atividade de doença (DAS28). Portanto, ressaltamos a importância de se tratar igualmente os fatores de risco "tradicionais" e "não tradicionais", através do tratamento da própria doença, para reduzirmos a morbi-mortalidade cardiovascular da artrite reumatóide.

Avaliação dos pedidos de interconsulta em um hospital geral universitário: lúpus eritematoso sistêmico, a principal doença que leva à internação

Chaer FGG, Comar Jr AD, Fakhouri AS, Melo AKG, Reis RC, Souza BDB

Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é um desafio aos médicos generalistas, frequentemente sendo necessária a avaliação do especialista.

Objetivos: Avaliar os principais motivos de pedidos de interconsulta à reumatologia pelas especialidades do Hospital Geral da Santa Casa de São Paulo. Determinar a prevalência das doenças reumatológicas, diagnóstico e tratamento das mesmas. Analisar as causas das internações e as características dos doentes.

Casuística e Métodos: Estudo prospectivo em que foram avaliados os pedidos de interconsulta à Reumatologia da Santa Casa de São Paulo, num período de 12 meses, oriundos de diversas especialidades. Variáveis estudadas: serviço de proveniência, características demográficas dos pacientes, distribuição por frequência das principais doenças

e dúvidas quanto ao diagnóstico e manejo dos pacientes internados. **Resultados:** Foram recebidos 166 pedidos de interconsulta. O maior número de interconsultas pertenceu à Clínica Médica (CM) (55,5%), sendo a Cirurgia e a Ortopedia e Traumatologia, responsáveis por 10,9% e 9,6% respectivamente. 70,8% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 42 anos. Dos 166 pedidos de consulta, 41 (24,7%) foram de pacientes com achados incomuns que suscitaram dúvida diagnóstica. O principal motivo de dúvida nesses casos foi a presença do fator anti-nuclear (FAN). Do total de interconsultas dos pacientes com doenças reumatológicas confirmadas, LES foi o responsável pelo maior número de avaliações (44,8%), seguido por artrite reumatóide (AR) (20%) e vasculites (9,6%). O diagnóstico de LES foi confirmado em 74,6% e a principal causa de internação hospitalar foi a atividade de doença (41,1%), seguida pela atividade associada à infecção (37,5%) e nefrite (19,6%).

Conclusão: O setor responsável pelo maior número de pedidos de interconsulta foi a CM. A patologia mais prevalente foi o LES. As dúvidas mais frequentes em relação ao manejo dos pacientes lúpicos foram: diagnóstico, atividade da doença, intercorrências infecciosas ou complicações do tratamento. Por fim, LES em atividade ou associado à infecção constituiu o principal motivo de consulta à reumatologia em nosso serviço.

Avaliação de cem doentes com nefrite lúpica acompanhados por dois anos

Melo AKG, Avelar AB, Maegawa FKM, Souza BDB

Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução/Objetivos: Determinar a frequência de remissão total e parcial ao tratamento da nefrite lúpica aos 12 meses e 24 meses de seguimento. Correlacionar variáveis clínicas, laboratoriais e de atividade com a resposta terapêutica aos 12 meses. Comparar os resultados terapêuticos do subgrupo com glomerulonefrite proliferativa difusa por correlação clínico-laboratorial daqueles com “classe IV histológica”, isto é, com biópsia renal. Material e método. Foram estudados 100 pacientes com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) e nefrite atendidos no serviço de reumatologia da Santa Casa de São Paulo e seguidos por 2 anos. Portadores de comorbidades que comprometem os rins foram excluídos. Foram analisadas as variáveis demográficas, clínicas, renais e índice de atividade da doença (SLEDAI). Todos os pacientes receberam glicocorticoide e ciclofosfamida como tratamento de indução.

Resultados: A idade média ao diagnóstico de LES foi de 24,71 ± 10,14 anos, com predomínio do sexo feminino (88%) e SLEDAI de 16,09 ± 6,48. A creatinina inicial foi 1,02 ± 0,49 mg/dl, a proteinúria de 24 horas foi de 2,57 ± 2,39 g, e o anticorpo anti-dsDNA foi encontrado em 66% dos casos. Cinquenta e seis doentes realizaram biópsia renal. Os subtipos II e IV foram os mais prevalentes (33,9% e 32,2%, respectivamente). Após 12 meses de seguimento, todos os pacientes apresentaram redução significativa da proteinúria de 24 horas, melhora do sedimento urinário e dos valores das frações do complemento. A frequência de remissão total aos 12 meses foi 72,7% e aos 24 meses, 85,7% (p = 0,013). A remissão parcial ocorreu em 27,3% dos doentes aos 12 meses e em 14,3% aos 24 meses. O sexo masculino apresentou menor frequência de remissão total comparado ao feminino aos 12 meses de seguimento (45,5% versus 81,6%, p = 0,007). Nenhuma variável estudada se correlacionou com remissão total ou parcial aos 12 meses.

Conclusão: Verificou-se uma excelente resposta terapêutica em 2 anos no grupo com e sem biópsia renal, isto é, com “classe IV histológica” ou “classe IV clínica”. A correlação clínico-laboratorial pode ajudar na decisão terapêutica de pacientes com nefrite lúpica, reservando a biópsia renal para situações especiais.

Identificação e manejo de pacientes de risco psiquiátrico no hospital geral

Suozzo AC, Forte G, Sprovieri SRS

Serviço de Emergência e Enfermarias do Hospital Central da ISCMSP

Objetivo e métodos: Este trabalho teve como objetivos: a) caracterizar os tipos de transtornos psiquiátricos dos pacientes atendidos no ano de 2006 no Serviço de Emergência e Enfermarias do Hospital Central da ISCMSP; b) identificar as dificuldades no manejo dos pacientes de risco; c) propor estratégias de melhor assistência aos pacientes e equipes que envolvam as situações de risco. Foram analisados 319 pedidos de consulta atendidos nas enfermarias e 1573 no serviço de emergência; através de uma ficha clínica contendo dados: sócio-demográficos, diagnóstico psiquiátrico, especialidade solicitante, tipo de dificuldade no manejo do caso.

Resultados: Os diagnósticos psiquiátricos mais encontrados foram: *Delirium* por múltiplas etiologias (29%), transtorno de ajustamento com predominância de sintomas ansiosos (24%), nas enfermarias; transtorno do humor depressivo (24%) e transtornos mentais em decorrência do uso de álcool e drogas (21%) no serviço de emergência. As tentativas de suicídio totalizaram 6% nas enfermarias e 12% na emergência em relação ao número de atendimentos realizados pela interconsulta psiquiátrica. As especialidades que mais solicitaram pedidos de consulta foram ortopedia

(45%) e clínica médica (42%). Agitação psicomotora, abordagem ao paciente psiquiátrico, tentativa de suicídio e fuga foram as principais dificuldades no manejo.

Conclusão: Em função dos diagnósticos psiquiátricos e dificuldades na assistência a pacientes de risco em hospital geral, foram elaboradas estratégias de atendimento a pacientes com potencial de fuga e heteroagressividade, promoção de cursos de educação continuada de caráter anual a equipe médica; principalmente médicos residentes, maior atuação do serviço social e de familiares nos casos.

Fotoproteção: o papel dos vidros na prevenção dos danos cutâneos provocados pela radiação ultravioleta

Duarte I, Rotter A, Malvestiti AA, Silva MF

Setor de Alergia e Fototerapia da Clínica de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Já foram amplamente abordados na literatura os efeitos cutâneos da exposição a curto e longo prazo à radiação UV. Os principais efeitos agudos são: eritema, sensação de calor, edema, dor e prurido. Outros eventos incluem bronzeamento tardio, espessamento de epiderme e derme, imunossupressão e síntese de vitamina D. Já os efeitos crônicos dessa exposição consistem em envelhecimento precoce da pele e carcinogênese.

Embora os efeitos adversos da radiação ultravioleta sejam bem conhecidos, a função dos vidros de janela na fotoproteção foi pouco abordada na literatura.

Recentes avanços na indústria de vidros resultaram na fabricação de janelas que proporcionam ampla proteção contra a radiação UV sem, no entanto, acarretar perda da transmissão de luz visível.

Algumas características do material vidro podem exercer influência sobre as propriedades de proteção contra radiação UV, tais como: tipo, cor, camadas e revestimento do vidro. Os principais tipos de vidro utilizados em janelas são: comum/claro; impresso; laminado; temperado.

Objetivos: Os objetivos do presente trabalho foram:

1. Mensurar a transmissão das radiações UVA e UVB através de diversas amostras de vidros utilizados em janelas de automóveis e residências, levando-se em consideração as seguintes variáveis: tipo, espessura e cor do vidro, aplicação de película de controle solar, assim como distância do mesmo à fonte de luz;

2. Verificar a importância desse agente fotoprotetor na prevenção de danos cutâneos.

Materiais e métodos: Foram utilizados no experimento os seguintes materiais:

1) Vidros

a. Vidros de janelas de ambientes, com as seguintes variáveis: tipo (comum liso, comum impresso, temperado e laminado), espessura (de 0.4 cm a 0.8 cm) e cor (incolores, verde, vinho, amarelo e azul).

b. Vidros de janelas de automóveis, considerando: tipo (laminado e temperado) e aplicação de película de controle solar da marca **Insulfilm™** do tipo G50 (com 50% de visibilidade).

2) Fontes emissoras de UVA e UVB Handisol™, Fotômetros UVA-400C e UVB-500C e Óculos de proteção à radiação UV, todos fabricados pela *National Biological Corporation (USA)*.

Inicialmente, aferiu-se as radiações basais das fontes emissoras de UVA e UVB a uma distância de 0 cm do fotômetro sem nenhum vidro como barreira. Foi então mensurada a transmissão das radiações UVA e UVB através das diversas amostras de vidros, levando-se em consideração as seguintes variáveis: tipo, espessura e cor do vidro, aplicação de película de controle solar, assim como distância do mesmo à fonte de luz. Por fim, calcularam-se as porcentagens de radiação transmitida pelos vidros a partir dos valores basais, permitindo a análise desse material como agente fotoprotetor.

Resultados: Ao se medir a intensidade de irradiação da fonte de UVA, notou-se redução considerável da quantidade detectada pelo fotômetro. A 25 cm de distância aferiu-se 0.6 W/cm², o que correspondeu a apenas 8% da UVA basal. Isto significou perda de 92% da irradiação quando se afastou o medidor. Com o fotômetro afastado 50 cm detectou-se 0.1 W/cm², 1.3% da irradiação de UVA transmitida pela lâmpada.

1) Medições da radiação transmitida por vidros de janelas de ambiente

Em relação ao tipo de vidro, verificou-se que o laminado barrou totalmente a radiação UVA, independente da distância à fonte. O vidro comum liso foi o que transmitiu maior radiação a 0 cm da fonte (74.3%), seguido pelos vidros temperado (71.6%) e impresso (44.6%). A 50 cm de distância, as quatro amostras bloquearam totalmente a radiação.

A análise da espessura do vidro comum liso mostrou que quanto maior é essa variável, menor é a radiação transmitida, sendo que, a 50 cm, todas as amostras bloquearam totalmente a radiação.

Em relação à cor do vidro comum impresso, verificou-se que o verde barrou totalmente a radiação UVA, independente da distância à fonte. O vidro azul foi o que transmitiu maior dose de radiação a 0 cm da fonte (56.8%), seguido pelos vidros incolores (36.5%), vinho (31.1%) e amarelo (1.3%). A 50 cm, as amostras analisadas barraram totalmente a radiação emitida.

Com relação à radiação UVB, em todas as variáveis analisadas (tipo de vidro, espessura e cor), observou-se que as amostras barraram totalmente a radiação UVB, a qualquer distância à fonte emissora.

2) Medições da radiação transmitida por vidros de automóveis

Em relação ao tipo de vidro, verificou-se que o laminado barrou totalmente a radiação UVA, independente da distância à fonte. O vidro temperado de automóvel, por sua vez, transmitiu 17.6% da radiação a 0 cm da fonte, barrando totalmente a radiação a distâncias maiores. A aplicação de película de controle solar G50 no vidro temperado barrou totalmente a radiação UVA emitida pela fonte.

Em todas as variáveis analisadas (tipo de vidro e aplicação de película de controle solar G50), observou-se que as amostras barraram totalmente a radiação UVB, a qualquer distância à fonte emissora.

Discussão: No presente trabalho, observou-se que todos os tipos de vidros diminuíram a transmissão de UVA. O vidro do tipo laminado foi o mais eficiente em barrar totalmente a radiação ultravioleta A, o que poderia ser explicado por suas características de produção: associação entre duas lâminas de vidro a uma camada de plástico (*PVB – polyvinyl butyral*), o que o torna uma barreira eficaz contra UVA.⁽⁹⁾

Em relação à espessura dos vidros, a transmissão da radiação diminuiu com o seu aumento, mas de maneira pouco significativa, demonstrando que essa variável tem pouca influência no bloqueio da radiação transmitida quando comparada com as outras analisadas.

Observou-se que as cores apresentaram grande influência na transmissão de radiação. A amostra de cor verde bloqueou totalmente a irradiação, e a amarela permitiu a passagem de apenas 1.3%, o que pode ter ocorrido pelas propriedades dos pigmentos de tinta presentes nas mesmas. Na fabricação de vidro, podem ser usados aditivos para colorir. O Fe^{3+} confere coloração amarelo-acastanhada, enquanto misturas de Fe^{3+} e Fe^{2+} , uma cor verde. O íon Fe^{2+} absorve luz na região do infravermelho, enquanto o Fe^{3+} absorve luz na região do ultravioleta. Dessa forma, amostras contendo Fe^{3+} nos pigmentos de tinta são mais eficientes em diminuir a transmissão de UVA.

A aplicação de película protetora em vidros de automóveis, como já demonstrado por outros estudos, permitiu uma transmissão de UVA inferior à do vidro isolado. Os resultados do presente estudo demonstraram que o vidro com película de controle solar G50 bloqueou totalmente a radiação UVA.

A radiação UVB foi barrada totalmente na presença de todas as amostras de vidro utilizadas, a qualquer distância à fonte emissora, já que seu poder de penetrância é menor do que o da UVA. Pode-se afirmar que os vidros se apresentaram como excelentes filtros para este tipo de radiação, independente de tipo, cor e espessura.

Além disso, a distância do vidro à fonte emissora de luz influencia de maneira significativa na quantidade de radiação basal, sendo que quanto maior a distância, menor a irradiação e, portanto, menor a transmissão de UV pelos vidros. Esse fato pode ser explicado pela grande dissipação de energia que ocorre a maiores distâncias em condições ambientais.

Conclusão: O presente estudo permite concluir que as principais características do vidro que o tornam um agente fotoprotetor são: sua forma de produção (ou seja, o tipo do vidro), e a sua coloração, visto que a variação desses fatores é o que mais influencia no bloqueio da radiação ultravioleta. Por outro lado, a análise da variável espessura das amostras demonstrou ser essa pouco influente na fototransmissão.

No caso de vidros de automóveis, a aplicação de película de controle solar é extremamente efetiva no bloqueio da radiação.

Vale ressaltar que a distância à fonte de luz é um fator que muito influencia na irradiação e, portanto, na exposição dos indivíduos ao espectro ultravioleta.

Portanto, os vidros atuam efetivamente como agentes fotoprotetores na prevenção de danos cutâneos. Tal conclusão impacta positivamente na sociedade, já que este material, por sua ampla versatilidade, tem presença constante na vida cotidiana. A utilização dos vidros em áreas como arquitetura, construção civil e indústria automobilística implica na otimização dos cuidados relativos à fotoproteção.

Mediastinite fibrosante

Ribeiro MA, Santos E, Durelli BP, Stape L, Marim TP, Jorge RA, Marrochi LCR, Polônio IB
Clínica Médica – Área III – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A mediastinite fibrosante caracteriza-se pela intensa proliferação de tecido fibrótico na região do mediastino, sem sinais histológicos de malignidade. Há fibrose excessiva inapropriada com pouca evidência de inflamação ativa. No entanto, a característica histológica benigna da doença não condiz com o quadro clínico e a gravidade da mesma, por tratar-se de patologia localmente agressiva.

Relato de caso: Paciente de 28 anos, casado, ex-presidiário, natural e procedente de São Paulo – SP; previamente hígido, apresenta-se com queixa de disfagia, de caráter progressivo, há oito meses; associada à tosse seca e dispnéia aos esforços, além de hiporexia, perda ponderal de 5 Kg em um mês e um edema facial evidenciado poucas semanas antes da internação. Nega sintomas semelhantes ou quaisquer comorbidades em seus familiares. Refere tabagismo – 12 anos/maço de cigarro, além de eventual uso de drogas ilícitas, etilismo importante (não sabe quantificar) e refere ter trabalhado em ambiente rural, onde teve contato com aves e morcegos. Ao exame físico, evidenciava-se edema facial, turgência de veias jugulares e presença de circulação colateral em tórax, edema em membros inferiores, além de linfonodomegalia em regiões cervical, axilar e supra-clavicular esquerda. Ausculta pulmonar: redução de murmúrios vesiculares em base de hemitórax direito e sibilos esparsos. Foram realizadas seis exames de escarro sendo todos

negativos para BK. Sorologia para HIV demonstrou-se negativa. Raio X de tórax apresentava infiltrado reticular em região hilar bilateral, principalmente à direita, e desvio da traquéia para direita. Tomografia computadorizada de tórax com espessamento e retração do mediastino posterior envolvendo circunferencialmente o esôfago distal, extensão do processo ao hilo direito e conseqüente redução do brônquio fonte direito, acometimento da veia cava inferior, além de linfonodos calcificados. A angioressonância evidenciou uma redução da luz da veia cava superior, devido a envolvimento circunferencial por lesão infiltrativa. Broncoscopia com cultura e lavado brônquio alveolar sem alterações. Punção aspirativa por agulha fina de linfonodo cervical foi inespecífica ao sugerir hiperplasia linfóide reacional e ausência de fungos pelo método PAS. O paciente aguarda toracotomia a fim de obter-se material para análise advindo de região mediastinal e provável desfecho diagnóstico.

Discussão: A mediastinite fibrosante não tem a sua fisiopatologia elucidada, no entanto, existem hipóteses que visam esclarecer o modo pelo qual a doença se estabelece. Acredita-se em uma infecção pulmonar associada à adenomegalia, que tenderia a evoluir a um processo inflamatório com conseqüente cicatrização e fibrose exagerada em região mediastinal. Também aventa-se a hipótese de a reação fibrótica excessiva decorrer de uma hipersensibilidade tardia, a qual seria uma resposta a um contínuo estímulo de produtos inflamatórios. O quadro clínico descrito para a doença advém da invasão, compressão e/ou encarceramento de estruturas mediastinais, principalmente em região paratraqueal direita, linfonodos subcarinais e hilo pulmonar direito. Assim, a mediastinite pode se manifestar com síndrome da veia cava superior, acometimento de brônquios, acometimento de artéria e veia pulmonares, e estenose esofágica.

Motivo relato caso: Doença rara.

Esôfago negro e síndrome do anticorpo antifosfolípide: um caso raro

Martins SPS, Oliveira MFA, Marinho TT, Takahashi NY

Introdução: O esôfago negro ou necrose aguda do esôfago é uma entidade clínica encontrada na endoscopia digestiva alta. Há, na literatura, 88 pacientes relatados em 40 anos. Paciente é admitido com sangramento gastrointestinal e/ou choque cardiovascular. Algumas causas descritas incluem isquemia, infecções, cetoacidose diabética, vômitos severos, refluxo gastroesofágico com obstrução, lesão cáustica, antibióticos, síndrome de anticardiolipina, síndrome de Steven-Johnson e hipotermia.

Relato do caso: MGS, 36 anos, antecedentes de síndrome nefrótica por glomerulopatia membranosa há 10 anos, acidente vascular encefálico isquêmico há 7 anos e trombose venosa profunda há 6 meses sem investigação etiológica. Deu entrada com anasarca e oligo-anúria há 1 semana. Os exames mostraram Hb8,0, Ht25,4, Ur130, Crea 3,7, albumina 1,4, CT 362, C3 78, C4 27, UI ptnas 3+/4+ e sangue oculto 2+/4+, kato katz -, sorologias negativas para hepatites B e C, HIV, VDRL negativas, FAN1:1280 pontilhado fino, anti DNA -, Anticardiolipina + e anticoagulante lúpico +. Diagnosticado síndrome do anticorpo antifosfolípide e síndrome nefrótica. Houve piora progressiva da função renal com uremia e acidose metabólica, além de hemorragia digestiva alta após vômitos (Ur150, crea7,1 Hb5,72, Bic19). Encaminhada para a endoscopia que evidenciou mucosa revestida de tecido necrótico, descamativa, sangrante acometendo toda a circunferência do órgão até 34 cm da ADS onde, neste nível se tornou intransponível devido ao intenso edema. A conduta foi suporte hemodinâmico, iniciado hemodiálise, nutrição parenteral total e IBP. Após uma semana, feita nova EDA que evidenciou mucosa rósea, sem evidências de patologias. Após compensação clínica, feita nova biópsia renal que evidenciou glomerulopatia membranosa. Fez pulsoterapia com metilprednisona, porém sem melhora significativa da função renal. Apresentou infecção respiratória e óbito após 3 meses de internação.

Discussão: Esôfago negro é uma entidade rara e com etiologia ainda não esclarecida. Segundo a literatura, fenômenos isquêmicos são os que mais desenvolvem esta lesão. Há um caso relatado de lesão aguda esofágica com síndrome do anticorpo anticardiolipina, porém houve necrose transmural em todo esôfago, com perfuração. No caso relatado a necrose foi observada difusamente na mucosa e desapareceu em 7 dias. A hipótese de que os fenômenos trombóticos induzidos pela SAF e pela glomerulopatia membranosa, associada a uremia e vômitos incoercíveis induziram ao comprometimento hemodinâmico da paciente e conseqüente esôfago negro, uma vez que o suporte clínico permitiu total resolução desta enfermidade.

Motivo da apresentação: identificar um novo fator etiológico do esôfago negro e expor uma complicação pouco relatada entre a SAF, uremia e hemorragia digestiva alta.

Fatores de risco cardiovascular em pacientes de ambulatório geriátrico

Costa MFCM, Armelin CB, Carvalho GBA, Dantas FHO, Bernal L, Pires SL.
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II

Introdução: A importância crescente das doenças cardiovasculares como principal causa de Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II – ISCMSP morbidade e mortalidade é conhecida. Sendo o crescimento, em números

absolutos e relativos, de pessoas acima de 60 anos de idade, um fenômeno mundial. Tornando-se necessário conhecer a situação de saúde desta parcela da população.

Objetivo: Avaliar prevalência de fatores de risco cardiovascular em pacientes atendidos em um ambulatório geriátrico no período de outubro a dezembro de 2007.

Desenho: Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo.

Material e método: Pesquisa de prontuários dos pacientes atendidos em um ambulatório geriátrico no período de outubro a dezembro de 2007, avaliando sexo, faixa etária, comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, além de sedentarismo e hábito de tabagismo e etilismo.

Resultados: Dos 141 pacientes atendidos, a maioria era do sexo feminino 61,70%, sendo a faixa etária mais comum de 71 – 80 anos 36,17%, seguido dos 60 – 70 anos 36,17% e com mais de 80 anos 17,73%. Quanto às comorbidades: hipertensão arterial sistêmica foi observada prevalência de 82,98%, sendo 63,25% mulheres e 36,75% homens; diabetes mellitus em 26,24% dos pacientes, sendo 70,27% mulheres e 29,73% homens; dislipidemia prevalência de 50,35% dos pacientes, com 64,79% mulheres e 35,21% homens; e obesidade em 26,24%, sendo 70,27% do sexo feminino e 29,73% do masculino. Segundo o estilo de vida 68,50% dos pacientes são sedentários, destes a maioria são do sexo masculino 70,30%. Quanto aos hábitos: o tabagismo com prevalência de 8,52%, sendo 66,67% mulheres e 33,33% homens; e o etilismo relatado por apenas um paciente do sexo feminino.

Conclusão: A elevada prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em pessoas idosas chama atenção para o conhecimento de alguns fatores de risco ambientais ou próprios do indivíduo, que quando presentes tornam a pessoa mais vulnerável à aquisição da doença. Assim, constituem os alicerces da profilaxia das doenças cardiovasculares, resultando na adoção de medidas de intervenção mais precoces e intensivas nos pacientes, no sentido de reduzir ou controlar o risco coronariano.

Sarcoma de Kaposi em artrite reumatóide

Lara PM, Fakhouri AS, Coelho G, Comar Jr AD, Campanholo CB, Souza BDB

Serviço de Reumatologia do Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A artrite reumatóide é uma doença sistêmica crônica de caráter auto-imune. É a artropatia inflamatória mais comum, com prevalência de 0,4 a 1,9%.

As manifestações clínicas extra-articulares podem ser encontradas em 50% dos casos, geralmente na doença de longa evolução, sendo mais freqüente os nódulos reumatóides, anemia e acometimento ocular. O sarcoma de Kaposi, na sua forma clássica, foi descrito em apenas dois casos estando associado à artrite reumatóide. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente com artrite reumatóide recente, tratado com corticóide e metotrexate, e que apresentou lesões cutâneas: sarcoma de Kaposi clássico.

Caso: Masculino, 62 anos, com diagnóstico de artrite reumatóide há 8 meses, em uso de metotrexate 20mg por semana e prednisona 10 mg por dia. Apresentou queixa de perda de 10 kg, adinamia, lesões pápulas eritemato-violáceas dolorosas à palpação em membros inferiores de início há 3 meses. Feito biópsia das lesões que demonstrou proliferação de estruturas vasculares, de calibre irregular, formando blocos de diversos tamanhos, compatível com sarcoma de Kaposi clássico. Apresentava sorologia negativa para HIV.

Discussão: Descrevemos um caso raro, de um paciente com idade avançada, com artrite reumatóide recente, em uso de imunossupressor, e que apresentou sarcoma de Kaposi cutâneo. O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia vascular, indolente e oportunista, que acomete mais o sexo masculino em idades avançadas, por vezes associada à imunossupressão. Na artrite reumatóide não existem grandes estudos populacionais evidenciando forte associação com este tipo de neoplasia vascular. Encontramos pelo menos dois relatos de casos que fazem menção ao provável desenvolvimento de sarcoma de Kaposi relacionado ao uso de moderadas doses de corticosteróide.

Síndrome do “homem no barril”: relato de um caso de diplegia braquial smiotrófica (DBA)

Valério BCO, Buainain RP, Polaro MN, Santiago J

Introdução: A “síndrome do homem no barril” se refere à paresia de membros superiores, sem acometimento de extremidades inferiores, decorrentes de insultos cerebrais, em tronco cerebral, coluna espinhal ou plexo braquial bilateral. Uma variante menos comum é a forma neurogênica secundária à doença do corno anterior da medula chamada diplegia braquial amiotrófica que deve ser diagnosticada após exclusão de formas secundárias e a partir de sua apresentação clínica e de estudo eletrofisiológico.

Relato de caso: R. F. N. , 43 anos, sexo feminino, há 15 anos iniciou quadro de dor em queimação na mão esquerda, intermitente, pouco intensa, que em dois meses evoluiu para todo membro superior esquerdo associada à diminuição de força e atrofia muscular de piora progressiva ao longo de 4 anos, quando percebeu acometimento semelhante em todo membro superior direito também. Nega déficit de força em membros inferiores, dificuldade para

fala, deglutição ou alterações esfinterianas. Nega antecedentes mórbidos pessoais, exceto pelo hábito do tabagismo. Desconhece antecedentes familiares.

Ao exame físico, observou-se atrofia muscular e hipotonia em toda extensão de membros superiores, com força muscular grau II proximal e grau I distal bilateralmente e ausência de reflexos osteotendinosos. Não foram evidenciadas fasciculações. Membros inferiores apresentavam força muscular grau V e reflexos osteotendinosos normoativos, com sinal de Babinski ausente. Sensibilidade encontrava-se globalmente preservada. A investigação com RNM coluna cervical e os resultados de estudos laboratoriais são normais. A eletroneuromiografia é compatível com lesão de corno anterior da medula.

Discussão: Fraqueza de membros superiores pode ser o sintoma inicial de até 10% dos casos de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Entretanto, a DBA deve ser considerada à medida que a fraqueza se mantém restrita aos membros superiores ao longo do tempo. No caso relatado, a evolução clínica, o exame físico e os exames complementares são compatíveis com o quadro de DBA.

Motivo: Relatar o caso de uma doença rara que deve ser considerada como diagnóstico diferencial de ELA.

Medicamentos em sondas de alimentação

Gorzoni ML, Pires SL

Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II - ISCMSP

Introdução: A necessidade de sondas enterais pode dificultar o uso e eficácia de vários medicamentos. A seleção da forma de apresentação e métodos de administração adequados são cruciais nesses pacientes. Medicamentos normalmente prescritos por via oral podem levar, quando utilizados por via enteral, a complicações como entupimento das sondas ou terem sua ação farmacológica reduzida. Cuidadosa seleção e apresentações em preparações adequadas a essa via diminuem o risco dessas complicações.

Objetivos: Definir a prevalência e a aplicabilidade de lista de medicamentos incompatíveis com via enteral obtida em artigo de Beckwith e colaboradores (2004) em pacientes hospitalizados ou institucionalizados em uso de sondas enterais

Metodologia: Estudo de observação retrospectivo pela análise de prescrições de pacientes em uso de sonda de alimentação há mais de 48 horas e internados em instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Dividiu-se a casuística por sexo e idade (< 60 e \geq 60 anos), comparando-se os princípios ativos dos medicamentos prescritos com dados de literatura sobre viabilidade de fármacos por essa via. Avaliou-se também as formas de apresentação (drágeas, cápsulas, comprimidos revestidos, de liberação entérica ou prolongada), sua disponibilidade de trituração e apresentações alternativas desses medicamentos para uso por sondas. Utilizou-se, para testar a significância estatística de diferenças, o teste exato de Fisher quanto às proporções e o teste t de Student em relação às médias, considerando-se estatisticamente significativa a de 5,0%. O presente trabalho faz parte do Projeto n°061/08 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado

Resultados: Observou-se sondas de alimentação em 57 pacientes (11,2% do total de leitos), idade média de 65,6 \pm 16,0 anos, 32 mulheres e 25 homens. Idades < 60 anos: 5 mulheres (Grupo A) e 15 homens (Grupo B) e \geq 60 anos: 27 mulheres (Grupo C) e 10 homens (Grupo D) ($p < 0,001$). Média de fármacos: 5,6 \pm 2,2; sendo 5,2 \pm 2,2 no Grupo A, 5,7 \pm 2,3 no Grupo B, 5,7 \pm 2,4 no Grupo C e 5,2 \pm 2,0 no Grupo D ($p > 0,05$). Itens medicamentosos nas prescrições: 316 divididos em 64 fármacos, sendo 129 itens (40,8% do total) e 23 fármacos (35,4%) impróprios para essa via ($p > 0,05$ entre os Grupos). Medicamentos impróprios mais prescritos: Captopril (22 casos), Fenitoína (18) Ranitidina (13), Omeprazol (11) e Complexo B (9). Há apresentações alternativas para 15 (65,2%) dos 23 fármacos impróprios por essa via.

Discussão: A utilização de sondas de alimentação necessita de procedimentos invasivos, introduzindo corpos estranhos no organismo humano, e com potencial para várias iatrogenias - mecânicas, metabólicas e farmacológicas. Na premissa incorreta de que via oral e via enteral são similares nos aspectos farmacocinéticos, há percentuais de medicamentos administrados inapropriadamente por esta última via. A prescrição de pacientes com sondas de alimentação deve ser planejada cuidadosamente quanto aos fármacos estritamente necessários, trocá-los por outros mais compatíveis com a sonda em uso e/ou optar por outras vias. A localização da sonda, seu calibre, sítio de melhor absorção do medicamento e padrão de dieta enteral contribuem para o sucesso ou não do tratamento proposto. Como regra prática, fármacos nas apresentações de cápsulas, drágeas, liberação entérica ou lenta e de absorção bucal ou sublingual não devem ser administrados pelas sondas, tendo em vista o risco de absorções maiores ou menores das planejadas originariamente para a via oral. Há também comprimidos que sofrem alterações de suas características e de suas propriedades farmacológicas ao serem triturados, podendo também obstruir sondas - gerando trocas recorrentes, maior custo no tratamento e sofrimento ao paciente. Educação continuada aos profissionais da saúde que lidam com sondas de alimentação deve ser meta básica em unidades com pacientes que as necessitam.

Conclusões: Sondas de alimentação, como via de administração medicamentosa, apresentam risco considerável de prescrições incompatíveis com elas, independentemente da faixa etária.

Trombose venosa como fator predisponente a trombose venosa e bacteremia por *Staphylococcus aureus*: Relato de 2 casos

Winter RCG, Aun LC, Miranda SL, Macchione RC, Vieira A, Brant P, Rolim EG
Clínica de Gastroenterologia – Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: Nutrição parenteral é um importante instrumento de suporte nutricional, sendo considerada uma das maiores descobertas do século XX. É indicada sempre que for impossível ou insuficiente a manutenção ou recuperação do estado nutricional pelo uso da via enteral, considerada fisiológica. É chamada Total (NPT) quando tem alta osmolaridade, sem necessária sua infusão em veia central.

Suas complicações são bem conhecidas, variando de situações metabólicas, infecciosas a mecânicas. Dentre essas últimas, podemos citar a trombose venosa em seu sítio de infusão. Fatores que predispõe essa situação são: o próprio conteúdo hiperosmolar da solução; o evento que indicou a reposição nutricional (como neoplasias, cirurgias recentes, patologias e procedimentos do trato digestório); estados de hipercoagulabilidade (como a hiperhomocisteinemia) e fatores relacionados ao cateter venoso central (como o tempo de permanência, a infusão concomitante de hemoderivados e o sítio venoso puncionado).

Estudos prévios têm demonstrado associação entre trombose venosa por cateter e infecção. Cateteres centrais, logo após sua inserção, se tornam cobertos por trombina ou fibrina. Este depósito é fundamental na patogênese da infecção: bactérias e fungos aderem bem a estes fatores de coagulação. Além disso, bactérias como *S. aureus* são capazes de produzir enzimas trombogênicas, que levam à aderência de plaquetas e fatores de coagulação. Ou seja, são perpetuadoras do ciclo Trombose X Infecção. Os microorganismos mais prevalentes são *Staphylococcus aureus* (Figura 1), *Staphylococcus coagulase negatico*, *Candida sp* e *Klebsiella pneumoniae*.

As manifestações da trombose infectada podem ser subclínicas ou evidentes (febre de origem indeterminada, embolizações sépticas, extensão do trombo para grandes veias como cava superior e inferior, além de achados locais como dor, hiperemia e empastamento). O tratamento deve ser orientado para todas suas variantes: anticoagulação plena, antibioticoterapia sistêmica prolongada, retirada do cateter do local e, no caso de NPT, suspensão da infusão no sítio trombosado. Casos refratários merecem conduta cirúrgica.

Relato dos Casos:

Caso 1: Homem, 39 anos, portador de Doença de Crohn fistulizante grave, com uso recente de 3 doses de Infliximabe, desnutrido. Internado para recuperação do estado nutricional com NPT. Referia 3 cirurgias prévias por Oclusão Intestinal: ressecção de ceco, terço proximal de cólon ascendente e 50 cm de intestino delgado (incluindo ileo terminal). Exame clínico evidenciava paciente hipocorado, emagrecido, desidratado, prostrado, com múltiplos orifícios fistulosos em parede abdominal com saída de grande quantidade de secreção amarelada (Figura 2) e fistulas perianais (Figura 3). Exames revelaram Hb 9,1 g/dl, PCR e VHS elevados (5,5 mg/dl e 120 mm, respectivamente), hipocalcemia, hipoalbuminemia (1,6 g/dl), vitamina B₁₂ abaixo do limite inferior de detecção. Iniciada infusão de NPT em veia subclávia esquerda, com diminuição do débito das fístulas estercorálicas. No sexto dia, evoluiu com dor, edema e empastamento em região cervical e membro superior esquerdo, além de Pneumonia bilateral (Figura 4). Doppler revelou trombose em veias jugular e subclávia a esquerda (sistema venoso direito sem alterações). Retirado acesso venoso, mantendo infusão de NPT em novo sítio (veia femoral esquerda). Iniciada anticoagulação plena com Enoxaparina e antibioticoterapia sistêmica (Vancomicina + Cefalosporina). Hemoculturas posteriores demonstraram crescimento de *S. aureus* resistente à Meticilina; cultura da solução dietética não revelou crescimento bacteriano. Ecocardiograma transesofágico excluiu vegetações valvares. Após melhora inicial, apresentou no sétimo dia de antibioticoterapia e anticoagulação nova deteriorização clínica: sepse de foco vascular (mesmos achados de trombose em sítio de infusão de NPT, confirmado por Doppler). Hemoculturas subseqüentes (colhidas na vigência de antibioticoterapia) não revelaram crescimento bacteriano. Ampliado empiricamente esquema antibiótico para Imipenem + Fluconazol, com manutenção de Vancomicina. Pela vigência de duas oclusões venosas com complicação infecciosa grave e ameaçadora, foi suspensa definitivamente a terapia de suporte nutricional. Recebeu alta hospitalar após completa recuperação da infecção, com prescrição de Cumarínico e vitamina B₁₂, além de suspensa terapia com Anti-TNF.

Caso 2: Mulher, 41 anos, no 13º pós-operatório de videocolecistectomia por pancreatite aguda biliar evoluiu com vômitos pós-alimentares e dor abdominal epigástrica. Ao exame físico, apresentava-se descorada, desidratada, prostada, com abdome doloroso à palpação superficial e profunda, porém sem sinais de irritação peritoneal. Exames revelaram Hb 10,9 g/dl, VHS 90 mm, PCR 2,4 mg/dl, amilase 424 U/L (4x LSN), lípase 79 U/L (2x LSN) – Ranson 2 pontos. Colangioressância sugeriu fígado colestático (alteração de sinal), ausência cirúrgica da vesícula biliar, ausência de dilatação das vias biliares, colédoco sem falhas de enchimento, pâncreas de contornos levemente bocelados, com aumento volumétrico em cauda e mínima alteração de sinal da gordura peripancreática, sem coleções ou sinais de necrose glandular – Baltazar 2 pontos / grau C. Iniciado jejum, hidratação venosa, analgesia, inibidor de bomba de prótons e anti-eméticos. No 10º dia de tratamento persistiu com quadro de pancreatite e apresentava perda ponderal de 10 Kg. Puncionada veia jugular interna direita para infusão de NPT. Após 5 dias de início da NPT, evoluiu com febre persistente, episódios de bacteremia, hiperemia e visualização de secreção purulenta peri-catéter. Retirado acesso central, suspenso NPT, colhidas culturas e iniciado antibioticoterapia empírica com Vancomicina + Piperaciclina/Tazobactam + Fluconazol. Hemoculturas revelaram *S. aureus* resistente à Meticilina e cultura da solução dietética não

revelou crescimento bacteriano. Evoluiu com resolução da pancreatite aguda, recuperação parcial do peso, no entanto, no 7º dia pós-retirada do catéter, apresentou dor, edema, empastamento e recrudescimento da febre. Ao Doppler, evidenciou-se trombose em veia jugular interna direita. Iniciado anticoagulação plena com Enoxaparina. Apesar da persistência do estado febril, apresentou melhora clínica e laboratorial. Novas culturas não revelaram crescimento bacteriano e Ecocardiograma Transesofágico excluiu lesões valvares. Com a justificativa de a febre ser decorrente do quadro de trombose séptica, optou-se por alta hospitalar com cumarínico e orientações gerais. Ao retorno ambulatorial, encontrava-se afebril, com melhora dos sinais clínicos de trombose e estado nutricional recuperado.

Discussão: Os dois casos representam pacientes com patologias do trato digestório e necessidade de suporte nutricional. Evoluíram com trombose nos sítios puncionados cerca de seis a treze dias após início da infusão da nutrição parenteral, acompanhada de febre persistente, bacteremia por *S. aureus* resistente a meticilina. Com introdução da terapia (Vancomicina e anticoagulação plena), além da retirada do cateter e suspensão da dieta, os pacientes apresentaram evidente melhora clínica.

A nutrição parenteral é um procedimento de suma importância, porém sua indicação e uso devem ser precisos pela possibilidade de eventos adversos graves e letais. Comprovadamente é capaz de levar a trombose venosa, que predispõe infecção local. Esta, por sua vez, leva a bacteremia e embolizações sépticas por germes patogênicos como *S. aureus*. A própria indicação da terapia de suporte nutricional pode aumentar o risco de trombose com infecção (caso 1 - Doença de Crohn com ressecção ileal com deficiência de vitamina B₁₂ e hiperhomocisteinemia; caso 2 - Pancreatite Aguda e estado pós-operatório).

Oclusões venosas podem ter manifestações frustras. Assim, pacientes com cateter venoso central em uso de NPT que apresentam febre persistente sem sítio infeccioso claro ou hemoculturas positivas para *S. aureus* devem ter seu sistema venoso estudado.

A presença de trombos oclusivos ou subocclusivos é problemática para futuros acessos venosos (o que deve ser considerado em indivíduos com necessidade de NPT prolongada, como exposto no caso 1).

Conforme dados bibliográficos recentes, a adição de Heparina na solução dietética não é um fator protetor para trombose venosa (em nossa Instituição, cada litro de NPT recebe 5000 UI de Heparina não fracionada). Até o momento, estudos ainda são controversos quanto à eficácia de anticoagulação profilática em uso de NPT.

Motivo da Apresentação: É importante chamar a atenção para esta condição freqüentemente negligenciada, que exige alto grau de suspeição. O diagnóstico precoce com instituição rápida de medidas terapêuticas é essencial para um prognóstico favorável.

Figuras

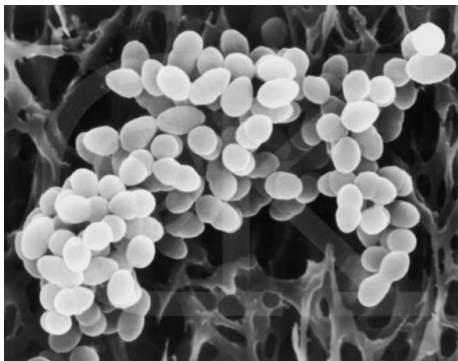


Figura 1: *Staphylococcus aureus*



Figura 2: Múltiplas fistulas êntero-cutâneas, com saída de abundante secreção fecalóide.



Figura 3: Fístulas perianais.



Figura 4: Teleradiografia de tórax – Infiltrado alveolar bibasais, derrame pleural bilateral.

Internação de centenários em hospital geral, uma nova realidade

Castelluccio JF, Fabbri RMA

Serviço de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A humanidade atravessa na atualidade um ciclo chamado de transição demográfica, caracterizado pela queda acentuada das taxas de mortalidade e fertilidade. Isto tem como consequência o envelhecimento da população mundial, fato observado de forma mais acentuada a partir da década de 60 nos países em desenvolvimento. Estima-se que as faixas mais idosas da população (80 anos ou mais), terão sua expectativa de vida ampliada comparando-se à da faixa “mais jovem” de idosos (entre 60 e 79 anos). A previsão é que em 2050 haverá 379 milhões de idosos em todo mundo, sendo 61,4 milhões de nonagenários e 3,2 milhões de centenários. O Brasil que tem na atualidade uma população de 11422 centenários, deterá a nona maior taxa de idosos nessa faixa etária em 2050. Isto chama a atenção para uma nova realidade, que é o cuidar do paciente centenário.

Objetivos: Avaliar as causas de internação de idosos centenários.

Casuística e métodos: Foram avaliados retrospectivamente prontuários de pacientes centenários admitidos em Hospital Universitário, nas diferentes especialidades, no período de 2002 a 2007.

Resultados: Do total de 17 casos, 11 foram do sexo feminino (65%) e 6 do sexo masculino (35%). A média de idade foi de 103,5 anos e o tempo médio de internação foi de 8,5 dias. A taxa de óbito foi de 23,5%. As causas mais comuns de internação foram: infecciosas (47%), (pneumonia 4 casos, infecção urinária 2, escara infectada e infecção de prótese de quadril, 1 caso), seguido de causas cardiovasculares (23%) (insuficiência cardíaca 2 casos, bloqueio átrio-ventricular total e embolia de pulmão 1 caso). Causas ortopédicas (fratura de fêmur e úmero) corresponderam a 12% (2 casos), bem como internação para cirurgia eletiva (catarata e hiperplasia prostática benigna). Hemorragia digestiva alta ocorreu em 1 caso (6%). Em 29% dos casos, especialmente entre as causas infecciosas, o *delirium* foi a manifestação inicial.

Conclusões: As causas infecciosas foram as mais frequentes à admissão, tendo o *delirium* como manifestação inicial mais comum, seguido de causas cardiovasculares e ortopédicas. Cirurgias eletivas em centenários começam a fazer parte de dados estatísticos de admissão hospitalar, reforçando a necessidade do envolvimento de equipe interprofissional especializada.

Evolução do transplante renal em pacientes com nefrite lúpica

Lima EMA, Coelho GR, Souza JF, Jabur P, Miorin LA, Sens YA

Clinica de Nefrologia do Departamento de Medicina da ISCMSP

Introdução: Na literatura ainda é controversa a evolução a longo prazo de pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico após o transplante renal, devido a possível reativação do LES, recorrência da nefrite lúpica e maior frequência de complicações trombóticas e infecciosas.

Objetivo: avaliar a evolução a longo prazo de pacientes com Nefrite Lúpica submetidos a transplante renal na Santa Casa de São Paulo.

Pacientes e Métodos: Foram avaliados os dados demográficos, clínicos e a análise de sobrevida do paciente e do enxerto de 11 pacientes com LES que foram submetidos a transplante renal, sendo que 3 pacientes receberam um segundo transplante, totalizando 14 transplantes.

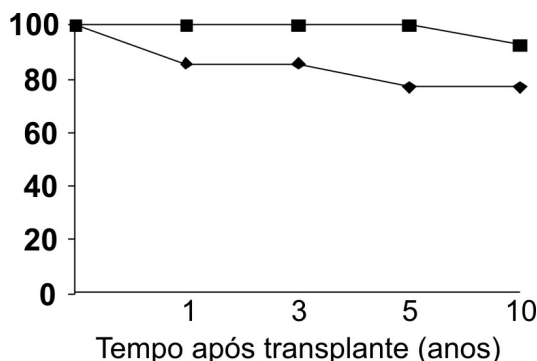
Resultados: Os dados demográficos e a evolução são apresentados na tabela 1, e a sobrevida do paciente em 10 anos foi 92,8% (houve um óbito por sepsis com rim funcionante) e do enxerto foi de 76,7% (trombose da artéria renal em 2 pacientes) (Gráfico 1).

Tabela 1. Dados clínicos e evolução de 11 receptores de transplante renal com LES.

N Transplantes	14
Retransplantes	3
Idade (anos)	30,7 ± 6
Sexo F:M	9:2
Cor Branca: Não Branca	5:6
Doador Vivo: Falecido	5:9
Ac. Antifosfolípide (+)	27,3% (3/11)
Tempo de Seguimento (anos)	8,1 ± 3,6
Eventos trombóticos TVP MMII Artéria Renal	27,3% (3/11) 14,3 % (2/11) (P.O. 10 dias e 4 anos)
Reativação do LES extra-renal	27,3 % (3/11)
Recorrência da Nefrite Lúpica	0

Conclusões: A sobrevida a longo prazo de pacientes com LES após o transplante renal foi boa, a reativação do LES extra-renal não influenciou na sobrevida e não houve recorrência da nefrite lúpica na população estudada.

Gráfico 1: Porcentagem de Sobrevida do paciente (92,8%) e do enxerto renal (76,7%) em 10 anos.



Avaliação das úlceras de pressão em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Bernal L, Badan AMN, Costa MFCM, Cieri FD, Faria LFC, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II – ICSMSP

Introdução: Úlceras de pressão são afecções que acometem pele, tecido subcutâneo e tecidos adjacentes, decorrente de pressão extrínseca aplicada sobre a superfície corpórea especialmente sobre proeminências ósseas. Apresenta frequência aumentada principalmente em idosos institucionalizados dependentes, onde as taxas de prevalência giram em torno de 10 a 25%. Classifica-se as úlceras de acordo com a profundidade do acometimento e os limites entre tecidos lesados, em quatro estágios: grau I (eritema em pele íntegra), grau II (interrupção da continuidade da pele), grau III (lesão do tecido subcutâneo, podendo acometer até fáscia muscular subjacente) e grau IV (lesão atravessa fáscia muscular).

Objetivo: Avaliar a prevalência, a localização e a classificação quanto ao grau das Úlceras de Pressão (UP) dos pacientes institucionalizados.

Desenho: Estudo transversal, observacional e descritivo.

Materiais e Métodos: Busca ativa e pesquisa de prontuários dos pacientes institucionalizados com UP, avaliando sua localização, classificação, faixa etária e sexo no período de fevereiro a março de 2008.

Resultados: Dos 420 pacientes institucionalizados, observou-se presença de úlcera de pressão em 57, prevalência de 13,57%. Havendo predomínio do sexo masculino 52,60%. A faixa etária mais acometida foi dos 61 aos 70 anos (28,10%), seguido pelo grupo dos 71 aos 80 anos (19,30%), dos 81 aos 90 anos (15,80%), dos 91 aos 100 anos (3,50%) e houve número significativo com menos de 60 anos 33,30%. Destes que apresentaram lesão, 43,9% não

possuíam úlceras na admissão. Foi observado a presença de 106 úlceras de pressão, sendo as localizações mais freqüentes sacral (41,51%), trocânteres (25,47%), calcâneo (17,92%) e outras (15,10%). Quanto à classificação: grau I (10,38%), grau II (32,07%), grau III (49,06%) e grau IV (8,49%).

Discussão: Apesar da maioria dos trabalhos na literatura demonstrarem predomínio de UP no sexo feminino, nesse levantamento houve maior no masculino, provavelmente devido ao maior número de institucionalizados desse sexo. A localização sacral como mais freqüente está de acordo com resultado de diversos estudos de prevalência, provavelmente por haver deslizamento no leito quando os pacientes são movimentados ou posicionados incorretamente.

Conclusão: A prevalência de UP entre os pacientes institucionalizados foi de 13,57%. A localização e a classificação mais freqüente foram respectivamente a sacral 41,51% e o grau III 49,06%.

Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma Instituição de Longa Permanência

Badan AMN, Ramos SAC, Braga FT, Lucchetti G, Pires SL, Gorzoni ML
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II

Introdução e Objetivo: Segundo a Organização Mundial de Saúde em 2002, conceituou cuidados paliativos como: "... Uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual." Existe uma demanda para estruturação de protocolos que auxiliem os profissionais da saúde a anordagem destes pacientes para diagnóstico precoce e tratamento específico. Assim neste estudo propôs avaliar um instrumento de identificação deste pacientes para cuidados paliativos em uma instituição de longa permanência (ILPI).

Desenho: Estudo Transversal

Materiais e métodos: Foi aplicado o *Palliative Care Screening Tool* (Ferramenta para triagem em cuidados paliativos que consiste em 4 esferas: doenças de base, doenças concomitantes, estado funcional e características pessoais) desenvolvido pelo Centro Avançado de cuidados paliativos (EUA), com o intuito de analisar quais pacientes poderiam ser beneficiados com uma avaliação paliativa. Esta ferramenta foi utilizada em todos os pacientes com mais de 60 anos pertencentes ao Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II (referência de leitos de retaguarda para o Sistema único de saúde em São Paulo) e foram valorizados escores acima de quatro pontos.

Resultados: Foram avaliados 420 pacientes institucionalizados e destes 276 foram incluídos em nosso estudo por possuírem idade superior a 60 anos, sendo 120 (43%) do sexo masculino e 156 (57%) do sexo feminino.

Após aplicação da escala, 239 (86%) dos pacientes tiveram um escore igual ou maior que quatro pontos, significando que deveriam ser avaliados por uma equipe de cuidados paliativos. As doenças de base mais prevalentes na amostra foram as doenças cerebrovasculares com 96 (34,7%) pacientes, seguido das síndromes demenciais com 68 (24,6%) e da síndrome do imobilismo com 41 (14,8%) pacientes. O diagnóstico de neoplasia foi identificado apenas em 9 (3,2%) pacientes, denotando a característica não oncológica de nosso serviço. Quanto as doenças concomitantes, as mais prevalentes foram: 65,2% com hipertensão, 27,5% com Insuficiência renal crônica e 21% com diabetes mellitus.

Conclusão: Os pacientes de instituições de longa permanência devem ser avaliados constantemente por equipes de cuidados paliativos, devido a grande prevalência de doenças em estágios mais avançados, como as doenças cerebrovasculares, síndromes demenciais e imobilismo. O uso de escalas de triagem importadas de outros países deve ser discutido em nosso meio, com o intuito da criação de uma nova escala que seja adequada para nossa realidade.