



Médico
Profissional
de valor

ISSN 0100-073-X
JAN./DEZ. 2010

www.amp.org.br

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ

Janeiro/Dezembro 2010- Vol. 68 - N^{os} 1-2

January/December 2010 - Vol. 68 - N^{os} 1-2

ARTIGO ORIGINAL

OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS – AVALIAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E DAS CONDUTAS

ACUTE OTITIS IN CHILDREN - EVALUATION OF DIAGNOSES AND OF CONDUCT

ARTIGO DE REVISÃO

ADMINISTRAÇÃO MÉDICA EM UTI

MEDICAL ADMINISTRATION IN INTENSIVE UNIT CARE

RELATOS DE CASOS

ICTIOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO DE BEBÊ-ARLEQUIM

CONGENITAL ICHTHYOSIS: CASE OF HARLEQUIN BABY.

HÉRNIA DE TROCARTE ESTRANGULADA

STRANGULATION TROCAR HERNIA

TUMOR ADENOMATOIDE EPIDIDIMÁRIO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

ADENOMATOID TUMOR OF THE EPIDIDIMYS: REPORT A TWO CASES AND REVIEW THE LITERATURE

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY MUSEUM OF MEDICINE

ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ - AMP
FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

V. 68 N^{os} 1-2, JANEIRO / DEZ 2010 - CURITIBA - PARANÁ

Sou Médico Referenciado.

Somente os médicos da Associação Médica do Paraná são referenciados para fazer parte do Sistema Nacional de Atendimento Médico – SINAM. Um sistema que já conta com mais de 600 mil usuários em todo o Paraná e que a cada dia incorpora mais e mais adeptos, numa demonstração clara de credibilidade e confiança que a instituição goza junto ao mercado.



Se você ainda não é, não perca mais tempo. Filie-se ainda hoje a AMP e descubra, além dessa, uma série de outras vantagens. Seja você também um médico

referenciado e descubra todas as vantagens de trabalhar para um sistema onde não existem intermediários entre você e o seu paciente.



Médico
Profissional
de valor

www.amp.org.br

Rua Candido Xavier, 575 - Curitiba - PR • Fone: (41) 3024-1415

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ
Órgão Oficial da Associação Médica do Paraná
Fundada em 1932, pelo Prof. Milton Macedo Munhoz

Editor Principal

José Fernando Macedo

Conselho Editorial

Ari Leon Jurkiewicz

Antonio Carlos L. Campos

Constantino Miguel Neto

Fernando Hintz Greca

Henrique de Lacerda Suplicy

Normalização Bibliográfica

Áurea Maria Costin

Diagramação e arte final

Editora Ecocidade

Impressão

Life Serviço Graficos Ltda.

GRÁFICA COMUNICARE

Indexada na Base de Dados LILACS - Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

ISSN - 0100-073X

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ
DIRETORIA - TRIÊNIO 2008/2011

Presidente

José Fernando Macedo

Vice-Presidente Curitiba

João Carlos Gonçalves Baracho

Vice-Presidente - Norte

Elton Marcos Ayres Guerios

Vice-Presidente - Noroeste

Benedito Carlos Tel

Vice-Presidente - Centro

Francisco Pereira de Barros Neto

Vice-Presidente - Sudoeste

Toraó Takada

Vice-Presidente - Sul

Vilson José Ferreira de Paula

Secretário Geral

Gilberto Pascolat

1º Secretário

Luiz Antonio M. Cunha

1º Tesoureiro

Nerlan Tadeu Gonçalves Carvalho

2º Tesoureiro

Keti S. Patsis

Diretor de Patrimônio

Valdemir Quintaneiro

Diretor Científico e Cultural

Osni Moreira Filho

Diretor de Comunicação Social

Ari Leon Jurkiewicz

Diretoria Social

Alfrelli Amaral/Sandra Ávila

Diretor de Museu

Ehrenfried Othmar Wittig

Diretor de Saúde Coletiva

Alceu Fontana Pacheco Junior

Diretor de Departamento de Convênios

José Jacyr Leal Jr.

Vice - Diretor de Deptº de Convênios

Jairo Sponholz de Araújo

Diretor de Assuntos Contratuais

João Zeni Junior

Secretário Geral do Deptº de Convênios

Rohnelt Machado de Oliveira

1º Secretário

Gláucia Valente Sim Rocha

Conselho Fiscal

Bruno Maurício Grillo

Sanito Rocha

Renato Merolli

Roberto Pirajá M. de Araújo

Sérgio Tarlé

Jaime G. Osna

Cláudio Pereira da Cunha

Roberto N. Boscardin

Ubirajara Bley

Charles London

Delegados junto a AMB

Antonio Celso N. Nassif

Antonio Carlos L. Campos

Jurandir Marcondes Ribas Filho

Paulo Mauricio de Andrade

José Maria Barreira Neto

Matilvani Moreira

Hélcio B. Soares

Sidon Mendes de Oliveira

Ronaldo Bueno

Guilherme Schmidt

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO

A Revista Médica do Paraná aceita somente trabalhos que se enquadrem nas normas estabelecidas pelo Conselho Editorial. Serão aceitos artigos originais de pesquisa médica ou de investigação clínica desde que representem estatísticas próprias ou se refiram a novos métodos propedêuticos ou de técnica cirúrgica. Os trabalhos deverão ser encaminhado-, ao Conselho Editorial, com carta em anexo assegurando que são inéditos, isto é, não tenham sido anteriormente publicados em outro periódico, bem como autorizando sua publicação na Revista Médica do Paraná.

Toda matéria relacionada à investigação humana e a pesquisa animal deverá ter aprovação prévia da Comissão de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado, de acordo com as recomendações das Declarações de Helsinque (1964, 1975, 1981 e 1989), as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Todo artigo encaminhado à publicação na Revista Médica do Paraná deverá constar de

1. Título em português e inglês;
2. Nome completo do(s) autor(es);
3. Nome da instituição onde foi realizado o trabalho;
4. Nome, endereço, fone e endereço eletrônico do autor responsável;
5. Agradecimentos (quando pertinentes);
6. Resumo com até 150 palavras, escrito em parágrafo único, ressaltando objetivos, material e métodos, resultados e conclusões;
7. Abstract - tradução do resumo para a língua inglesa;
8. Descritores e Key words (no máximo 6), que, se possível, devem ser consultados no site: <http://dees.bvs.br/>
9. Introdução, literatura, material, método, resultados, discussão e conclusão;
10. Referências: Deverão ser apresentadas de acordo com o estilo de Vancouver, cujo texto completo pode ser consultado em: *Ann Inter Med* 1997; 126:36-47 ou no site: www.icmje.org. Deverão ser relacionadas em ordem alfabética do sobrenome do autor e numeradas. O título dos periódicos deverá ser referido de forma abreviada de acordo com *List Journals Indexed in Index Medicus* ou no site: www.nlm.nih.gov
11. Citações: Deverão vir acompanhadas do respectivo número correspondente na lista de referências bibliográficas.
12. Ilustrações, quadros e tabelas: As ilustrações receberão nome de figura e deverão ter legendas numeradas em algarismos arábicos, serem em preto e branco e de boa qualidade. O número de ilustrações não deverá ultrapassar ao espaço correspondente a ' > ' do tamanho do artigo. Os desenhos deverão ser apresentados em imagens digitalizadas, armazenadas em disquetes, zips ou CDs. Os quadros e tabelas serão referenciados em algarismos arábicos. O redator, de comum acordo com os autores, poderá reduzir o número e o tamanho das ilustrações e quadros apresentados.
13. Símbolos e abreviaturas: Deverão ser seguidos dos respectivos nomes, por extenso, quando empregados pela primeira vez no texto.
14. Os textos originais deverão vir gravados em disquete ou CD, no Editor de Texto Word versões 97 ou 2000.

ORIENTAÇÕES PARA AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

Regras para autoria: De 1 a 6 autores referenciam-se todos, separados por vírgula. Mais de 6, referenciam-se os 6 primeiros, seguidos da expressão latina "et ai".

Responsabilidade intelectual: (editores, organizadores, compiladores, etc.) Acrescente a denominação após o nome: Ex. Castelo Branco SE, editor; Marques Neto H, Oliveira Filho M, Chaves Junior SF, organizadores

Nomes espanhóis:

Fazer entrada pelo primeiro sobrenome. Ex. Garcia Fuentes M

Autores Corporativos:

Organizacion Panamericana de la Salud, Universidade Federal do Paraná, Departamento de Pediatria, Ministério da Saúde (BR), Centro de Documentação.

Entrada pelo título:

Vertebral fractures: how large is the silent epidemic?

Livro:

Feria A, Fagundes SMS, organizadores. O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde coletiva. Porto Alegre: Dacasa; 2002.

Capítulo de livro: (quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro): Maniglia JI. Anatomia e fisiologia da cavidade bucal e faringe. In: Coelho JCU. Aparelho digestivo: clínica e cirurgia. Rio de Janeiro: Medsi; 1990. p.77-9. Capítulo de livro: (quando o autor do capítulo é o mesmo do livro): Veronesi R. Doenças infecciosas 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Eritema infeccioso: p.32-4.

Artigos de periódicos:

Abrams FR. Patient advocate or secret agent? *JAMA* 1986;256:1784-5.

Marcus FI. Drug interaction with amiodarone. *Am Heart J* 1983;106(4 Pt 2):924-30.

Mirra SS, Gearing M, Nash F. Neuropathology assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 1997;49 Suppl 3:S14-S6.

Wise MS. Childhood nocolic. *Neurology* 1998;50(2 Suppl 1):S37-S42.

Tese, Dissertação, Monografia:

Busato CR. Prevalência de portadores de staphylococcus aureus multirresistentes em contatos domiciliares de profissionais de saúde, [dissertação] Curitiba(PR): Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná; 1997.

Congressos:

Marcondes E. Visão geral da adolescência. Anais do 21º Congresso Brasileiro de Pediatria; 1979 out 6-12: Brasília. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 1979. p.267-75.

ENDEREÇO

Associação Médica do Paraná
Redação da Revista Médica do Paraná
Rua Cândido Xavier, 575
80.240-280 - Curitiba / Paraná
Fone: (41) 3024-1415
Fax: (41) 3242-4593
E-mail: informatica@amp.org.br

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ

SUMÁRIO / CONTENTS

Nº	ARTIGO ORIGINAL	
1298	OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS – AVALIAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E DAS CONDUTAS ACUTE OTITIS IN CHILDREN - EVALUATION OF DIAGNOSES AND OF CONDUCT Gilberto Pascolat	07
	ARTIGO DE REVISÃO	
1299	ADMINISTRAÇÃO MÉDICA EM UTI MEDICAL ADMINISTRATION IN INTENSIVE UNIT CARE Hélcio Giffhorn	11
	RELATOS DE CASOS	
1300	ICTIOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO DE BEBÊ-ARLEQUIM CONGENITAL ICHTHYOSIS: CASE OF HARLEQUIN BABY. Anelise R. Raymundo, Rodrigo B. Koga , Gilberto Pascolat, Amanda B. Kliemann, Lorena H. Marquesini	16
1301	HÉRNIA DE TROCARTE ESTRANGULADA STRANGULATION TROCAR HERNIA Antônio Carlos Rosa de Sena, Geraldo Alberto Sebben, Luis Eduardo Durães Barboza, Helena Vicente de Castro Pereira Araújo, Marco Aurélio Sebben	20
1302	TUMOR ADENOMATOIDE EPIDIDIMÁRIO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA ADENOMATOID TUMOR OF THE EPIDIDIMYS: REPORT A TWO CASES AND REVIEW THE LITERATURE Eduardo Felipe Melchiorretto, Mayra Dal Bianco Negrisoli, Rafael Cavalheiro Cavalli, Marcelo Zeni, João Paulo Medeiros Guimarães, Bruno Vinicius Duarte Neves, Mateus Cosentino Bellote, Renato Tambara Filho, Luiz Carlos de Almeida Rocha	22
	MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA HISTORY OF MEDICINE	26

E DITORIAL

Está elencado entre os princípios fundamentais do Código de Ética Médica, o de que o profissional médico “deve aprimorar continuamente os seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”.

Entretanto, essa normativa encontra inúmeros óbices para a sua plena execução. Embora a Organização Mundial da Saúde preconize que saúde não é apenas a ausência de doença, consistindo no bem-estar físico, mental, psicológico e social do paciente, múltiplas são as dificuldades que os médicos têm a enfrentar para manter atualizados os seus conhecimentos, ante a rápida e permanente evolução da ciência.

Em um conceito estrito, a Medicina busca a saúde por meio de estudos, diagnóstico e tratamento das diversas enfermidades e patologias, e no sentido mais amplo, busca aliviar o sofrimento, lenir a dor e manter o bem-estar global do paciente.

Para tanto, tudo quanto se faça para que o profissional médico se mantenha atualizado e acompanhe o galopante desenvolvimento científico, merece relevo e consideração.

Daí porque entendermos como relevantes os ensinamentos advindos da publicação da Revista Médica do Paraná, instrumento válido e eficaz na educação continuada, para a qual os artigos trazidos a lume fazem por contribuir!

Boa leitura!

Dr. José Fernando Macedo
Presidente da AMP

OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS – AVALIAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E DAS CONDUTAS

ACUTE OTITIS IN CHILDREN - EVALUATION OF DIAGNOSES AND OF CONDUCT

Gilberto **PASCOLAT**¹

Rev.Méd.Paraná/1298

Pascolat G. Otite Média Aguda em Crianças - Avaliação dos Diagnósticos e das Condutas. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):7-10.

RESUMO - A otite média aguda é uma patologia de alta prevalência nos consultórios de pediatria. Para um diagnóstico clínico correto é necessário observar a presença de secreção em ouvido médio e que esta secreção esteja inflamada. O tratamento pode ser somente de observação ou utilização de antibióticos específicos. Outros medicamentos não têm eficácia comprovada. Foram avaliadas todas as crianças atendidas no Instituto Curitiba de Saúde, no período de um ano, com diagnóstico de otite média aguda, através de prontuário eletrônico. De um total de 585 diagnósticos de otite média aguda consideramos como diagnóstico e terapia corretos 290 casos (49,6%). A maioria dos diagnósticos incorretos foi com a presença somente de hiperemia sem efusão (35%). Do tratamento inadequado em 15% a duração da antibioticoterapia foi incorreta e em 8,5% utilizaram-se antibióticos ineficazes para o tratamento de otite. Em metade dos casos diagnosticados como otite média aguda o diagnóstico e o tratamento foram considerados corretos.

DESCRITORES - Otite Média Aguda. Diagnóstico. Tratamento.

INTRODUÇÃO

Entre as crianças que procuram atendimento médico com alguma queixa, a otite média aguda é a patologia preponderante¹. É caracterizada pela presença de efusão em ouvido médio acompanhada de sintomas de febre, dor ou irritabilidade¹. A otoscopia é fundamental para o diagnóstico e se houver a presença de cerúmen que impossibilite a visualização, este deve ser removido com uma cureta². Os sinais e sintomas da otite média aguda (OMA) são inespecíficos e se somam com os da infecção respiratória superior³. O diagnóstico clínico é especialmente difícil em crianças menores de dois anos de idade¹.

O diagnóstico é firmado baseado na presença de efusão no ouvido médio, que é indicada ou por abaulamento da membrana timpânica ou por diminuição da mobilidade desta membrana pela otoscopia pneumática ou por presença de otorreia, somada a sinais de que esta efusão esteja inflamada, que se manifesta por otalgia que afete as atividades normais ou o sono ou por hiperemia da membra-

na timpânica, especialmente com a presença de vasos^{1,2,3,4,5,6}.

TABELA 1 - REQUISITOS PARA
O DIAGNÓSTICO DE OMA

1) HISTÓRIA DE INÍCIO AGUDO DE SINAIS E SINTOMAS;

2) PRESENÇA DE EFUSÃO EM OUVIDO MÉDIO, INDICADA POR UM DOS SEGUINTE ITENS:

- Membrana timpânica abaulada
- Diminuição da mobilidade da membrana timpânica
- Otorreia

3) SINAIS E SINTOMAS DE INFLAMAÇÃO DE OUVIDO MÉDIO INDICADA POR:

- Membrana timpânica hiperemiada ou com vasos
- Desconforto / otalgia afetando atividades normais e/ou sono

Trabalho realizado na Câmara Técnica do Instituto Curitiba de Saúde.

1 - Médico Pediatra, Coordenador da Câmara Técnica do Instituto Curitiba de Saúde.

TABELA 2 - TESTES DIAGNÓSTICOS

1) OTOSCOPIA PNEUMÁTICA, TAMPANOMETRIA:

Estes testes ajudam a confirmar a presença de fluido atrás da membrana timpânica e ajudam no diagnóstico de otite média ou efusão em ouvido médio. Apesar de não serem necessários para se fazer o diagnóstico, podem ser úteis se o examinador não tem certeza do diagnóstico.

2) EXAME AUDIOMÉTRICO:

Fazer teste audiométrico comportamental em todas as consultas, especialmente se a criança tiver história de OMA. Suspeitas de perda auditiva devem ser encaminhadas para especialista para fazer diagnóstico correto.

Crianças maiores de seis meses diagnosticadas com otite média aguda não devem rotineiramente receber antibióticos como tratamento inicial^{1,4,5,6,7}. Os antibióticos devem idealmente ser utilizados nos pacientes com 72 horas de doença que não apresentam melhora. Para ser aplicada esta orientação é absolutamente necessário que o profissional tenha a certeza que os pais irão seguir as demais orientações e retornar para a reavaliação no prazo estipulado.

Pacientes com OMA não devem ser prescritos com descongestionantes ou anti-histamínicos ou mucolíticos ou anti-inflamatórios hormonais ou não hormonais^{5,6,7}. Utilizar analgésicos para alívio da dor, como ibuprofeno ou dipirona ou paracetamol, alertando para os riscos dos potenciais efeitos adversos^{2,6,7}.

Não se deve utilizar gotas otológicas ou qualquer outra substância em conduto auditivo. A otite média com efusão não deve ser tratada com antibióticos, descongestionantes, anti-histamínicos ou mucolíticos^{5,7}. O uso de esteroides sistêmicos ou tópicos não é recomendado no manejo da criança com otite média com efusão^{5,7}. A autoinsuflação pode beneficiar algumas crianças com OMA.

Para episódios isolados de OMA sintomática o antibiótico de escolha é a amoxicilina na dose de 50mg/kg/dia, dividido em três doses diárias^{1,3,6}. Uma opção para os pais com dificuldade em utilizar três doses é utilizar amoxicilina na dose de 80 a 90mg/kg/dia em duas doses diárias. Esta dose mais alta também pode ser utilizada nos pacientes com alto risco de infecção por pneumococo resistente à penicilina (resistência parcial), a saber, os que utilizaram antibióticos nos últimos três meses, com menos de dois anos de idade e que frequentam creche^{1,3,6}.

Tempo de uso: pacientes maiores de dois anos de idade, com OMA não complicada e não frequentadores de creche, devem receber antibióticos por 5 a 7 dias. Pacientes menores de dois anos ou com OMA complicada devem receber por 7 a 10 dias^{3,4,6,7}.

Os pacientes devem ser reavaliados em 48 a 72 horas para verificar a eficácia do tratamento, se for usado antibiótico, ou para observar a persistência ou piora dos sintomas, nos que não usarem antibiótico¹. Em caso de melhora, completar o tratamento. Em caso de não me-

lhora (persistência de febre e dor), iniciar antibiótico, ou, nos que já estiverem com amoxicilina, trocar para sulfametoxazol-trimetoprim. Outra alternativa, se houver a possibilidade de ser infecção causada por hemofilus produtor de betalactamase, é o uso de amoxicilina associada a clavulanato^{1,3,4}.

OMA complicada ou recorrente deve ser tratada com axetilcefuroxima (30mg/kg/dia em duas doses), por 7 a 10 dias, podendo-se associar metronidazol, se se pensar na presença de anaeróbios. Uma alternativa para o tratamento de OMA não complicada, para pacientes que não toleram a via oral, é a ceftriaxona intramuscular dose única de 50 a 100mg/kg. O uso de macrolídeos para OMA deve ser evitado. Evitar múltiplos cursos de antibioticoterapia empírica, especialmente de amplo espectro. Antibioticoterapia profilática não é recomendada para OMA^{1,3,4}.

O objetivo do presente estudo é avaliar o correto manejo de pacientes pediátricos diagnosticados com otite média aguda, se foram utilizados os critérios diagnósticos referendados pela literatura, utilização correta de antibióticos (indicações, doses, intervalos, associações) e utilização de outros medicamentos que não possuam ação confirmada no tratamento dos casos de otite média.

CASUÍSTICA

Foram analisados todos os pacientes atendidos no Centro de Saúde do Instituto Curitiba de Saúde (ICS), com o diagnóstico de otite média aguda, no período de um ano, de junho de 2006 a maio de 2007. Os usuários do Centro de Saúde são dependentes de funcionários da Prefeitura Municipal de Saúde de Curitiba, todos os atendimentos foram realizados por pediatras ou otorrinolaringologistas, que atendem diariamente no Instituto. Foram analisados retrospectivamente os prontuários eletrônicos dos pacientes, através do CID 10, com o diagnóstico de otite média aguda, avaliados os critérios diagnósticos descritos no exame físico e a conduta tomada através do receituário gerado.

RESULTADOS

De um universo de 11.936 pacientes usuários menores de 13 anos, foram realizadas 29.911 consultas no Centro de Saúde (2,5 consultas por usuário), destas, 11.002 consultas (37% do total de consultas) por infecções respiratórias agudas, incluindo as rino-faringites, tonsilites, otites, sinusites e bronquites, chegamos a um número total de 585 consultas (2% do total de consultas ou 5,3% das consultas por infecções respiratórias) por infecção de ouvido médio. Como o levantamento foi realizado baseado no CID 10, algumas consultas geraram mais de um CID.

A faixa etária predominante foi de até um ano de idade (42% das consultas por otite), com um de-

créscimo com o aumento da idade. Em relação ao lado da ocorrência da otite esta foi bilateral em 23% dos casos, à esquerda em 34% e à direita em 37%.

Na descrição do exame físico observamos a presença somente de efusão em 8,5% dos casos, somente hiperemia em 35% e efusão mais hiperemia em 56,5%.

Nas medidas terapêuticas tivemos que 17% dos pacientes não receberam antibióticos e do restante 83% que usaram antibióticos predominou o uso de amoxicilina em 44,5%, seguido da amoxicilina com clavulanato em 12,5% e sulfametoxazol + trimetoprim em 9%.

Dos pacientes que utilizaram antibióticos 10% foram prescritos antibióticos ineficazes para o tratamento de otite, 20,5% receberam antibióticos por períodos incorretos (geralmente prolongados em excesso), 1% com intervalos incorretos e 1,5% em doses incorretas.

Dos outros medicamentos sem eficácia comprovada no tratamento da otite média destacam-se as gotas otológicas em 10% dos casos, descongestionantes em 7%, mucolíticos em 4%, anti-histamínicos em 4% e anti-inflamatórios não hormonais em 5%.

Em relação aos pacientes considerados corretamente medicados para o tratamento de otite temos um número de 290, ou seja, 49,6% do total.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR IDADE

Idade	Número	%
0	100	17,0
1	148	25,0
2	67	11,5
3	58	10,0
4	55	9,5
5	32	5,5
6	17	3,0
7	29	5,0
8	21	3,5
9	22	4,0
10	17	3,0
11	14	2,0
12	5	1,0

QUADRO 2 – CASOS POR LOCALIZAÇÃO

Localização	Número	%
Esquerda	202	34,0
Direita	218	37,0
Bilateral	131	23,0
Não específico	34	6,0

QUADRO 3 – DIAGNÓSTICO AO EXAME FÍSICO

Exame Físico	Número	%
Efusão	50	8,5
Hiperemia	203	35,0
Efusão-Inflamação	332	56,5

QUADRO 4 – UTILIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Antibióticos	Número	%
Sem antibiótico	99	17,0
Amoxicilina	260	44,5
Amoxicilina + clavulanato	74	12,5
Sulfametoxazol	53	9,0
Cefalosporina I geração	23	4,0
Cefalosporina II geração	38	6,5
Cefalosporina III geração	15	2,5
Ampicilina + sulbactam	7	1,0
Eritromicina	1	-
Claritromicina	1	-
Azitromicina	26	4,5
Penicilina benzatina	1	-

QUADRO 5 – USO INCORRETO DE ANTIBIÓTICOS

Antibióticos Incorretos	Número	%
Ineficazes para otite	50	8,5
Duração incorreta	100	15,0
Intervalos incorretos	5	1,0
Dose incorreta	1	1,0

QUADRO 6 – USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES

Outros Medicamentos	Número	%
Descongestionantes	41	7,0
Mucolíticos	23	4,0
AINH	31	5,0
Corticosteroides	7	1,0
Vitamina	4	1,0
Kaloba / Unkan	2	2,0
Anti-histamínicos	22	4,0
Gotas otológicas	60	10,0
Tudo correto	290	49,6

DISCUSSÃO

Várias mudanças ocorreram nos últimos tempos em relação ao diagnóstico da otite média aguda e, especialmente, das indicações de tratamento medicamentoso.

Para um diagnóstico correto é necessário termos a presença de efusão em ouvido médio, diagnosticada pela presença de abaulamento ou diminuição da mobilidade da membrana timpânica, e de sinais que esta efusão esteja inflamada, que se confirma pela presença de dor importante para alterar as atividades normais da criança ou por presença de hiperemia e vasos visíveis na membrana à otoscopia direta. Em nosso trabalho podemos observar que esses dois critérios estiveram presentes em 56,5% dos pacientes. Em 35% dos pacientes observava-se somente a presença de hiperemia, que pode ser causada por choro ou febre, não necessaria-

mente por infecção do ouvido médio. Em 8,5% dos casos havia somente a presença de efusão, sem a presença de inflamação, o que caracteriza o diagnóstico de otite média com efusão, que não deve ser tratada com antibióticos⁵.

A grande maioria dos pacientes foi tratada com amoxicilina (44,5%), que é o antibiótico preconizado pela literatura^{1,3,6}. Importante ressaltar que 17% dos pacientes não receberam antibiótico, o que demonstra uma mudança positiva na abordagem da otite, permitindo-se que muitos pacientes aguardem a evolução da doença para um diagnóstico mais correto e tratamento mais adequado, com menor utilização de antibióticos desnecessários.

Em relação à utilização incorreta de antibióticos esta foi muito pequena, com um número muito pequeno de utilização de doses incorretas (1%) e de intervalos incorretos entre as doses (1%). Em número um pouco maior observou-se a utilização de antibióticos ineficazes para a otite média (8,5%) e com duração da terapia incorreta (15%), na maioria das vezes excedendo os dias necessários de tratamento.

Muito utilizados há alguns anos, os outros medicamentos que não demonstram eficácia no tratamento da

otite média aparecem com uma utilização não tão significativa. O uso de descongestionantes (7%), mucolíticos (4%), anti-inflamatórios (5%) e anti-histamínicos (4%) são os que se destacam neste grupo. A utilização de gotas otológicas em 10% dos pacientes, apesar de não serem contraindicadas, acabam por ser um medicamento desnecessário nas otites com membrana íntegra, além de atrapalharem na otoscopia.

Finalmente, encontramos que o diagnóstico correto de otite média e o tratamento adequado foram observados em praticamente metade dos pacientes (49,6%) cadastrados com o diagnóstico de otite média aguda nas crianças do ICS.

CONCLUSÃO

Em metade dos casos diagnosticados como otite média aguda, o diagnóstico e o tratamento foram considerados corretos.

Pascolat G. Acute Otitis In Children - Evaluation Of Diagnoses And Of Conduct. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):7-10.

ABSTRACT - The acute otitis media is a disease of high prevalence in the offices of pediatrics. For a correct diagnosis is necessary to observe secretion in the presence of middle ear and that this secretion is inflamed. Treatment may be only for observation or use of specific antibiotics. Other drugs have no proven effectiveness. We reviewed all children treated at Curitiba Institute of Health, in a period of one year, diagnosed with acute otitis media, through electronic medical records.

Of a total of 585 diagnoses of acute otitis media consider as correct diagnosis and therapy 290 cases (49.6%). Most of the incorrect diagnosis was only in the presence of hyperemia without effusion (35%). Inappropriate treatment by 15% the length of antibiotic was incorrect and 8.5% were used antibiotics ineffective in the treatment of ear infections.

In half the cases diagnosed as acute otitis media, diagnosis and treatment were correct.

KEYWORDS - Acute Otitis Media. Diagnosis. Treatment.

REFERÊNCIAS

- BONIN E, BRAMMER S, BREHOVE T, HALE A, HINES L, KLINE S, KOPYDLOWSKI MA, MISGEN M, OBIAS ME, OLIVET J, O'SULLIVAN A, POST P, RABINER M, RELLER C, SCHULZ B, SHERMAN P, STREHLOW AJ, YUNGMAN J. Adapting your practice: treatment and recommendations for homeless children with otitis media. Nashville (TN): Health Care for the Homeless Clinicians' Network, National Health Care for the Homeless Council, Inc.;2003.
 - CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER. Evidence base clinical practice guideline for medical management of acute otitis media in children 2 months to 13 years of age. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2004 Oct.
 - GARBUTT J, JEFFE DB, SHACKELFORD P. Diagnosis and treatment of acute otitis media: an assessment. *Pediatrics* 2003;112:143-149
 - PELTON SI. Otitis media: re-evaluation of diagnosis and treatment in the era of antimicrobial resistance, pneumococcal conjugate vaccine and evolving morbidity. *Pediatr Clin N Am* 2005;52:711-728
 - PLASSCHAERT AIO, ROVERS MM, SHILDER AGM, VERHEIJ TJM, HAK E. Trends in doctor consultations, antibiotic prescription, and specialist referrals for otitis media in children: 1995-2003. *Pediatrics* 2006;117:1879-1886
 - SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003 Feb.
 - UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM. Otitis media. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2002 May.
 - WEBER SM, GRUNDFAST KM. Modern management of acute otitis media. *Pediatr Clin N Am* 2003;50:399-411
-

ADMINISTRAÇÃO MÉDICA EM UTI

MEDICAL ADMINISTRATION IN INTENSIVE UNIT CARE

Hélcio GIFFHORN¹

Rev.Méd.Paraná/1299

Giffhorn H. Administração Médica em UTI. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):11-15.

RESUMO - A unidade de terapia intensiva (UTI) surgiu com a necessidade de tratar pacientes mais graves em unidades especiais. Com os avanços tecnológico e médico, equipamentos foram incorporados. O surgimento de unidades altamente especializadas trouxeram também maior utilização de recursos, estimando-se que os gastos em UTIs nos Estados Unidos aproximam-se de 1% do total dos gastos em saúde. A administração médica em UTI requer uma ampla visão do paciente grave, do equipamento disponível e dos conflitos sempre presentes (éticos ou próprios de ambiente fechado).

DESCRIPTORES - Organização e Administração. Hospitais. Unidade de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

O cuidado em tratar pacientes de acordo com a sua gravidade iniciou-se, em 1854, com Nightigale (1820-1910) durante a Guerra da Crimeia.⁽¹⁾

As unidades intensivas surgiram inicialmente no John Hopkins Hospital , em Baltimore, quando W.E.Dandy (1886-1946) criou uma unidade de três leitos para atendimento pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos.⁽²⁾ A necessidade de ventilação mecânica num grande número de pacientes nos anos 1950, após um surto de poliomielite, em quartos especiais, reforçou a criação de unidades hospitalares próprias para pacientes agudamente enfermos.^(3,4) Os problemas cardiovasculares, em particular o infarto agudo do miocárdio, e as unidades coronarianas foram a próxima evolução em cuidados intensivos, já na década seguinte.⁽⁵⁾ A partir de então, as unidades intensivas mostraram a sua eficácia em tratar de pacientes graves em cuidados de atendimento contínuo.

Como qualquer unidade hospitalar, a unidade de terapia intensiva (UTI) compreende uma parte administrativa e outra médica. O coordenador-médico necessita fazer atividades burocráticas pela interação existente entre o trabalho médico, o material utilizado na unidade, a solicitação de diárias em UTI utilizadas pelos pacientes , a liberação de procedimentos especiais ou de alto custo.

A administração médica de uma unidade de terapia intensiva geral (UTI-G) possui características peculiares próprias dentro de um hospital. Re-

cebem-se pacientes de várias disciplinas clínicas e cirúrgicas, existe restrição em relação ao número de leitos disponíveis, os gastos hospitalares são elevados e trabalha-se num ambiente fechado. A atividade multiprofissional é imperativa para o bom suporte funcional.

O objetivo deste artigo é o de procurar expor alguns pontos em administração médica em UTI após experiência acumulada em três unidades.

Os três primeiros meses

O início de uma administração de uma unidade necessita do conhecimento do seu potencial humano, físico e institucional. Se já éramos colaboradores e houve um acréscimo de função, chefia, o conhecimento prévio da unidade pode tornar a tomada das decisões iniciais de um modo mais fácil. É fundamental num determinado prazo de tempo (os primeiros três meses) conhecer a UTI e estabelecer suas prioridades iniciais. Grandes modificações iniciais poderão trazer um colapso na estrutura atual de funcionamento do setor.

Esses meses iniciais deverão compreender quatro fases administrativas: transição (período compreendido entre a mudança da antiga para a nova coordenação), imersão (período imediato após assumir a chefia), realinhamento (período no qual as novas diretrizes já serão postas em ação) e consolidação (período em que os resultados iniciais já começam a surgir).⁽⁶⁾

Trabalho realizado na Clínica Cardiológica Giffhorn.

1 - Médico - Diretor Técnico da Clínica Cardiológica Giffhorn, especialista em Cirurgia Cardiovascular e Terapia Intensiva, com mestrado em Clínica Cirúrgica - UFPR.

Deve-se tomar conhecimento imediato da escala dos médicos plantonistas, avaliar as rotinas e os protocolos existentes e a disponibilidade dos equipamentos da UTI. Importante saber pela comissão de infecção hospitalar (CCIH) as orientações em relação ao uso de antibióticos e seus protocolos de trabalho.

A tomada de decisões

A diversidade de situações que surgem na UTI são muitas vezes pouco compreendidas pelos médicos-assistentes, muitas vezes pela falta de familiaridade com a evolução clínica do paciente crítico. As decisões clínicas a serem tomadas, a fim de evitar conflitos entre a equipe da UTI e seus médicos-assistentes devem ser compartilhadas e não conduzidas de modo fechado (somente os médicos da UTI orientam as condutas). Mas, em situação de gravidade da apresentação do caso clínico, a decisão final deve ficar a cargo do intensivista. (7,8)

A unidade de terapia intensiva

A portaria nº 3432 de 12 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde define as unidades de tratamento intensivo como "... unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica". Devem apresentar os hospitais suporte adequado para tais unidades. A partir desta premissa, as unidades são divididas em tipos II e III conforme a estrutura hospitalar e intensiva oferecidas ao público⁽⁹⁾. As recomendações para a organização das unidades diferem mais entre si quanto ao atendimento do público-alvo (unidades gerais ou especializadas). (7,10,11)

Trabalho em ambiente fechado

Uma das principais características do trabalho em ambiente fechado é a apresentação de situações psicológicas características de isolamento, de confinamento. Estes fatores são de extrema importância pelo fato de que, esta dinâmica interpessoal entre os membros de uma UTI possam interferir no desempenho e segurança dentro da unidade. (12)

Atitudes da equipe frente ao estresse, hierarquia, equipe de trabalho são relevantes para o entendimento do erro, como preditor de performance e sensível para planejamento de treinamento. Quando comparou-se efeitos de estresse e fadiga entre médicos e pilotos de aviões, os médicos foram os que mais negaram tais efeitos. (13)

Outro ponto importante é o fato da existência da empatia médico-paciente. Sintomas de desordem pós-traumática e depressão são minimizados através de equipes selecionadas, treinadas e experientes. (14)

Garland, em 2005, procurou esclarecer dois pontos importantes de modo a melhorar as atividades da UTI:

1. A melhora da performance da UTI requer que ocorra uma mudança no paradigma que concentra-se no indivíduo para a necessidade de melhorar os sistemas e

processos da unidade;

2. Que as mudanças acima possibilitem os indivíduos a desempenharem as suas atividades melhor. (15,16)

Um dos pontos fundamentais refere-se ao fator de que a inércia médica (o fator de ver um problema e não o alterar, apesar do conhecimento adquirido previamente) deve ser modificado porque há comprometimento da qualidade do atendimento. (17,18)

Todo plantonista deve ser intensivista?

Ao intensivista é planejado o cuidado do paciente grave e suas complicações. (19) Rubenfield e Angus, em editorial publicado em 2008, relataram que os intensivistas possuem um problema de identidade. Eles não perfazem procedimentos únicos (angioplastias coronarianas), não possuem um órgão de foco (como por exemplo neurologistas ou nefrologistas) e muitos possuem outras especialidades. (20)

Porém, quando analisadas as características de cada unidade de terapia intensiva e a complexidade de seus pacientes atendidos, principalmente em casos de patologias complexas, serviços estruturados com uma equipe de médicos intensivistas e um coordenador titulado possuem resultados clínicos melhores. A avaliação em comum das unidades foi através do uso do sistema APACHE II. (21,22) Pode-se dessa forma considerar um sistema único padrão a ser utilizado, o sistema APACHE II, apesar das variações individuais e regionais de cada unidade avaliada. (23,24,25)

Todo plantonista não necessariamente precisa ser intensivista, mas, deve estar intimamente familiarizado com as condutas intensivas apropriadas a cada caso. O tempo levará ao plantonista a necessidade de titular-se a fim de aumentar a qualificação profissional da unidade em que atua.

Protocolos médicos em UTI/Diretrizes

A qualidade dos cuidados na saúde tem sido bem correlacionada, com a aderência a normas pré-estabelecidas, das quais as diretrizes são os exemplos mais significativos. (26) Pronovost e Sexon (2005) destacam que as organizações de atendimento à saúde devem possuir uma "cultura de segurança", ou seja, valores, atitudes, normas, crenças, práticas, política e comportamentos inseridos dentro de cada unidade hospitalar. E, mais importante, pessoas que vejam oportunidades para melhorar, medir e defender as alterações necessárias. (27)

Por que não seguir então as diretrizes ou os protocolos existentes? Antunes enumera três principais: as diretrizes não são ordens definitivas (como diz a própria palavra, uma diretriz); segundo, não há uniformidade entre as diretrizes e por último, opiniões diferentes entre os médicos clínicos e cirurgiões. (26)

Qualidade em UTI

At the critical moment mankind too often forgets precisely what it is trying to accomplish (Nietzsche).

A busca pela qualidade em UTI deve ser constante assim como em qualquer atividade profissional em que nos propomos a atuar. Donabedian (1988) demonstrou que a qualidade deve-se a três fatores: estrutura, processo e resultado. Deve-se destacar a importância que o processo interpessoal precisa alcançar em relação a expectativas individuais e sociais, além dos padrões necessários a fim de obter um desempenho técnico.⁽²⁸⁾

Barreiras à melhora da qualidade surgem por muitas vezes pela própria incerteza do tratamento da medicina. Estas barreiras podem ser por problemas de análise de estudos médicos, dados obsoletos, efeitos de instituições (agentes financiadores dos estudos e, em particular, à indústria), interpretações de dados variáveis e problemas de custos (novas tecnologias, subuso de equipamentos)⁽²⁹⁾. Estas barreiras devem ser alteradas através de liderança e equipe de trabalho.⁽³⁰⁾ Não podemos depender de pessoas que isoladamente atuem como mártires e que vejam “oportunidades” de mudanças.⁽³¹⁾

Quando analisamos a utilização de conceitos de qualidade da indústria para a medicina e, em particular, na UTI, a simples transposição de mensurações utilizadas não é possível. A ética comercial e industrial é diferente da ética médica.⁽³²⁾ Os processos da atividade médica necessitam ser muitas vezes repetidos, há necessidade de treinamento em todos os níveis e todos são muito complexos.⁽³³⁾ A atividade médica difere muito em sua fisiopatologia, que leva a diferentes cuidados em preferências de tratamento e expectativa de resultados, diferentemente de um processo industrial.⁽³⁴⁾ E, muito importante, a indústria não pode guiar as orientações de um tratamento clínico (médico) por estar frente a conflitos de interesse.⁽³⁵⁾

A qualidade em atendimento à saúde ainda caminha a pequenos passos. Chen (1999) descreveu que muitos dos melhores hospitais americanos apresentavam sim, melhores indicadores em relação a diminuição de mortalidade, em 30 dias pós-alta em pacientes tratados por infarto agudo do miocárdio, mas, ainda estavam muito aquém de suas possibilidades.⁽³⁶⁾

A busca por melhorias fez com que surgissem padrões de atendimento hospitalar e que seriam necessárias condições para as unidades tornarem-se “acreditadas”. Estas creditações dividem-se em três níveis (I – segurança/estrutura ; II – organização/processo ; III – práticas de gestão e qualidade /resultados). Para as UTIs, o princípio de organização é equivalente.⁽³⁷⁾

Talvez tentar comparar desempenhos entre a indústria e os hospitais não seja possível em todos os pontos, mas que estes e as unidades intensivas podem melhorar a utilização dos seus recursos disponíveis. Ou, talvez, indústrias e hospitais sejam semelhantes e seja possível, então, comparar laranjas com maçãs.^(38,39)

Princípios éticos em UTI

A partir do momento em que a UTI prolonga a vida pelo grande avanço tecnológico e alto nível de intervenção profissional, conceitos e conflitos bioéticos se tornam evidentes no dia a dia. Esta capacidade de manter o paciente frequentemente falha no desejo de que realmente o paciente quer ou gostaria de ter em uma situação crítica.⁽⁴⁰⁾ Situações como tratamentos fúteis (em reanimação cardiopulmonar, manutenção ou não do próprio tratamento intensivo, apenas para citar alguns),^(41,42,43,44,45) cuidados paliativos da dor e depressão são constantes.⁽⁴⁶⁾ Consensos existem para situações éticas conflitantes, mas elas podem diferir no contexto cultural onde a UTI está localizada.⁽⁴⁷⁾

Consultores em ética médica poderiam facilitar no acompanhamento de muitos desses conflitos presentes nas UTIs.⁽⁴⁸⁾ Porém, certamente muitas respostas ficarão não respondidas.⁽⁴⁹⁾

Ensino

A presença de acadêmicos ou médicos em treinamento na UTI pode ser realizada desde que alguns pré-requisitos sejam atendidos: exposição prévia de quadros clínicos mais presentes nas unidades de terapia intensiva, treinamento dos médicos em formação através de estágios supervisionados e seguimento das normas para estágios extracurriculares dos conselhos regionais de medicina.

A redução de problemas em muitos dos estágios médicos deve-se fundamentalmente ao fato da sobrecarga de atividades exercidas e por supervisão insuficiente.^(50,51)

A prática do intensivismo está diminuindo em países como os Estados Unidos e isto é preocupante porque com o aumento da necessidade das unidades intensivas, o mesmo não ocorrerá com os profissionais da área.⁽⁵²⁾ A formação em terapia intensiva é fundamental para que as UTIs possam atender à demanda.

Fatores estressores em unidade de terapia intensiva

Podemos relacionar a presença do estresse na UTI como aquela relacionada à equipe de trabalho e aquela ao ambiente.

O estresse profissional (“burnout”) é uma síndrome psicológica que surge em resposta a estressores interpessoais que atuam de modo crônico no trabalho.⁽⁵³⁾ Caracteriza-se por três eventos principais: baixo grau de comprometimento ao trabalho (ineficácia), alto grau de exaustão emocional e despersonalização. Os grandes fatores relacionados são a sobrecarga de trabalho e o ambiente característico da UTI, fechado e com inúmeras fontes de estresse^(54,55). A síndrome de “burnout” pode ocorrer em médicos, médicos-residentes e equipe de enfermagem^(53,54,55,56,57). A consequência imediata é a queda na qualidade do atendimento.^(53,58)

O paciente na UTI é submetido ao estresse da unidade (equipe médica e de enfermagem, ambiente e

equipe de suporte geral). Todos esses são fatores que tornam a UTI uma unidade hospitalar ainda em busca de melhor humanização. ^(59,60)

CONCLUSÃO

O conhecimento médico na administração de uma UTI requer visão que vai além da área médica. Conhecimentos éticos, culturais, técnico-administrativos são ne-

cessários. A busca de mudanças para o aperfeiçoamento deve ser contínua. O profissional que atua em áreas críticas deve aprender a atuar em situações de estresse individual e de equipe. Suas decisões devem ser tomadas em equipe para a melhora contínua dos clientes atendidos. Medidas profissionais simples podem melhorar significativamente o trabalho na unidade e muito progresso no cuidado do paciente crítico ainda será necessário.

Giffhorn H. Medical Administration In Intensive Unit Care. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):11-15.

ABSTRACT - The intensive unit care (ICU) emerges with the necessity to care more ill patients in special units. With the improving of technology and medicine, new equipments were incorporated. The growing of higher specialized units brings more utilizations of resources, an estimative that the resources expended in ICU, in USA, are near 1% of the total expenses in health care. The medical administration in ICU must have a great knowing of the patient, about the disponibility of the equipment and the conflits always present (ethical and caracteristics of a closed enviroment).

KEYWORDS - Organization and Administration. Hospitals. Intensive Care Unit.

REFERÊNCIAS

1. Wikipedia. Florence Nightingale. Available from: URL:<http://www.wikipedia.org>.
 2. Chase CM and Ulatowski J A . Organization of a Neuroscience Critical Care Unit. Historical Perspectives and Vision for the Future. In:Critical Care Neurology and Neurosurgery. Suarez JL. Chap.2, p. 9-22 . Ed.Humana Press Inc., 2004, Totowa, New Jersey.
 3. Drinker FA and McKhann CF. The Iron Lung. First Practical Means of Respiratory Support. JAMA 1986;255(11):1476-80.
 4. Society of Critical Care Medicine. History of Critical Care. Available from: URL:<http://www.sccm.org>.
 5. Julian DG. The history of coronary care units. Heart 1987;57:497-502.
 6. Watkins M. Secure Early Wins. In: Watkins M. The First 90 Days. Ed.Harvard Business School Press, 2003, p.79-102.
 7. Azocar RJ and L A . Captaining the Ship During a Storm. Who Sould Care for the Critically Ill ? Editorial. Chest 2001;120:694-6.
 8. Rao MS and Suhasini T. Organization of Intensive Care Unit and Predicting Outcome of Critical Illness. Indian J Anaesth 2003;47(5):328-337.
 9. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3432 12 de Agosto de 1998. Available from: URL:<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/gm/prt-3432.pdf>.
 10. Hasin Y, Danchin N, Filippatos GS, et al. Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. Eur Heart J 2005;26(16): 1676-1682.
 11. Provonost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Dorman T, Morlock LL. The organization of intensive care unit physician services. Crit Care Med 2007;35:2256-2261.
 12. MacCallum T and Poynter J. Factors affecting human performance in the isolated confined environment of biosphere 2. Third Annual Mid-Atlantic Human Factors Conference Blacksburg, VA March 26-28, 1995.
 13. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000;320:745-9.
 14. Berg JS, Grieger TA , Spira JL. Psychiatric Symptoms and Cognitive Appraisal following the Near Sinking of a Research Submarine. Military Medicine 2005;170(1):44-47.
 15. Garland A . Improving the ICU. Part 1. Chest 2005;127:2151-2164.
 16. Garland A . Improving the ICU. Part 2. Chest 2005;127:2165-2179.
 17. Guthrie B, Inkster M, Fahey T. Tackling therapeutic inertia: role of treatment data in quality indicators. BMJ 2007;335:542-544.
 18. Phillips IS and Twombly JG. It's Time to Overcome Clinical Inertia. Ann Intern Med 2008;148:783-785.
 19. AMIB – estatuto - 2009. Available from: URL:<http://www.amib.org.br/conteudo.asp?cod-site=0&id-menu=59>
 20. Rubenfeld GD and Angus DC. Are Intensivists Safe ? Editorial. Ann Intern Med 2008;148(1): 877-9.
 21. Provonost PJ, Jenckes MW, Dorman T et al. Organizational Characteristics of Intensive Care Units Related to Outcomes of Abdominal Surgery. JAMA 1999;281(14):1310-1317.
 22. Almenoff P, Sales A, Rounds S et al. Intensive Care Services in the Veterans Health Administration. Chest 2007;132(5): 1455-1462.
 23. Brown JJ and Sullivan G. Effect on ICU mortality of a full-time critical care specialist. Chest 1989;96(1):127-129.
 24. Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T. Physician Staffing Patterns and Clinical Outcomes in Critically Ill Patients: A Systematic Review. JAMA 2002;288(17):2151-2162.
 25. Shorr AF and Angus DC. Do intensive care unit patients have intensive care unit physicians ? Unfortunately not. Crit Care Med 2006;34(6):1834-5.
-

26. Antunes MJ. Guidelines in real life. Why are they not always enforced ? *Eur J Cardiothorac Surg* 2008;34:935-936.
27. Pronovost P and Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* 2005;14:231-233.
28. Donabedian A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed ? *JAMA* 1988;260:1743-1748.
29. McNeil BJ. Shattuck Lecture – Hidden Barriers to Improvement in the Quality of Care. *N Engl J Med* 2001;345(22):1612-1620.
30. Lilly CM and Landrigan CP. A Shift for the Better. *Chest* 2005;128: 3787-3788.
31. Neuhauser D. The Heroes and Martyrs series: job descriptions for health care quality improvement professionals ? *Qual Saf Health Care* 2005;14:230.
32. Abrams FR. Caring for the Sick. An Emerging Industrial By-product. *JAMA* 1986;255(7): 937-938.
33. Laffel G and Blumenthal D. The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organizations. *JAMA* 1989;262(20):2869-2873.
34. Kahn JM and Shannon RP. Building a Better Intensive Care Unit: The Role of Industrial Process Improvement in Critical Care. *Respir Care* 2008;53(7):858-859.
35. Durbin CG. Is industry guiding the sepsis guidelines ? A perspective. *Crit Care Med* 2007;35(3):689-691.
36. Chen J, Radford MJ, Wang Y et al. Do “ America’s Best Hospitals “ Perform Better for Acute Myocardial Infarction ? *N Engl J Med* 1999;340:286-92.
37. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2004;38(2):335-6.
38. Barone JE. Comparing apples and oranges: a randomized prospective study. *BMJ* 2000;321:1569-1570.
39. Blackstone EH. Comparing apples and oranges. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2002;123:8-15.
40. Lanken PN. Ethics in the Intensive Care Unit. In: Fishman’s. *Pulmonary Diseases and Disorders*. Vol. 2.Chap.181. Third Edition. McGraw-Hill, 1998.
41. Lanken PN, Ahlheit BD, Crawford S et al. Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Therapy. *Am Rev Respir Dis* 1991;144:726-731.
42. Alpers A and Lo B. When Is CPR Futile ? *JAMA* 1995;273(2):156-158.
43. Curtis JR, Park DR, Krone MR, Pearlman RA. *JAMA* 1995;273(2): 124-128.
44. The 2005 America Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC). Part 2:Ethical Issues. *Circulation* 2005;112:IV-6-IV-11.
45. Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of “ futile care “ among caregivers in intensive care units. *CMAJ* 2007;177(10):1201-8.
46. Qaseem A, Snow V, Shekelle P et al. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Int Med* 2008;148:141-146.
47. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine’s Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1997;25:887-891.
48. Schneiderman LJ, Gilmer T Teetzel HD et al. Effect of Ethics Consultations on beneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2003;290(9):1166-1172.
49. Lo B. Unanswered Questions About DNR Orders. *JAMA* 1991;265(14):1874-1875.
50. Volpp KGM and Grande D. Residents’ Sugestions for Reducing Errors in Teaching Hospitals. *N Engl J Med* 2003;348(9):851-55.
51. Berwick DM. Errors Today and Errors Tomorrow. *N Engl J Med* 2003;348(25):2570-72.
52. Kelley MA, Angus DC, Chalfin DB et al. The Critical Care Crisis in the United States: A Report From the Profession. *Chest* 2004;125:1514-1517.
53. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K et al. High Level of Burnout in Intensivists. Prevalence and Associated Factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:686-692.
54. Raggio B and Malacarne P. Burnout in Intensive Care Unit. *Minerva Anesthesiol* 2007;73:195-200.
55. Barros DS, Tironi MOS, Sobrinho CLN et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva:perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva* 2008;20(3):235-240.
56. Martins LAN e Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. *Rev Ass Med Brasil* 1998;44(1):28-34.
57. Stacciarini JMR e Tróccoli BT. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). *Rev latino-am enfermagem* 2000;8(6):40-49.
58. Volpp KG. A Delicate Balance: Physician Work Hours, Patient Safety, and Organizational Efficiency. *Circulation* 2008;117:2580-2582.
59. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP et al. Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2007;19(1):53-59.
60. Giffhorn H. Quality care: stress factor analyses for good care in the ICU. In: 5 th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin America: 24-27 June 2009; São Paulo. London: BioMed Central;2009:A 22.

ICTIOSE CONGÊNITA: RELATO DE CASO DE BEBÊ-ARLEQUIM

CONGENITAL ICHTHYOSSES: CASE OF HARLEQUIN BABY

Anelise R. RAYMUNDO¹, Rodrigo B. KOGA¹, Gilberto PASCOLAT²,
Amanda B. KLIEMANN³, Lorena H. MARQUESINI³

Rev.Méd.Paraná/1300

Raymundo AR, Koga RB, Pascolat G, Kliemann AB, Marquesini LH. Ictiose Congênita: Relato de Caso de Bebê-Arlequim. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):16-19.

RESUMO - O objetivo deste trabalho foi relatar o caso de um recém-nascido com a forma mais rara e grave de ictiose congênita. Descrição do caso: Recém-nascido do sexo feminino encaminhado ao Setor da Pediatria do HUEC com o diagnóstico de ictiose congênita. Apresentava deformidade auricular, lesões escamosas na pele, fissuras em face, punhos e tornozelos. Pálpebras superiores evertidas, com secreção amarelada em olhos e pescoço. Na secreção ocular houve desenvolvimento de *S. Pneumoniae* e na pele desenvolvimento de *E. coli* e *M. morganii*. Foi a óbito no 19º dia por provável sepse. O feto arlequim é considerado uma forma rara e grave da ictiose congênita. Apresenta-se com placas córneas em formas geométricas, separadas por fissuras profundas. O espessamento da pele leva ao desenvolvimento auricular anormal, ectrópio e eclábio. São natimortos ou morrem precocemente, por alterações na regulação térmica, equilíbrio hidreletrolítico e proteção contra infecção. Anteriormente à década de 1980, os neonatos acometidos pela doença evoluíam a óbito nos primeiros dias de vida e, no presente, ainda são poucos os casos de pacientes que sobrevivem ao primeiro ano. Dessa forma, o aconselhamento genético é fundamental para familiares de recém-nascidos acometidos pela doença, na tentativa de reduzir a incidência dessa doença, de tratamento limitado e prognóstico sombrio.

DESCRITORES - Feto Arlequim. Ictiose Lamelar. Anormalidades da Pele.

INTRODUÇÃO

O termo ictiose deriva da palavra grega “ichtys”, que significa peixe, e se refere ao aspecto escamoso da pele dos doentes portadores desta entidade. (1,2,3)

É um termo utilizado para descrever distúrbios hereditários e adquiridos, que produzem escamas na pele, como às dos peixes. (4)

Esta genodermatose comum, provocada por anormalidades da queratinização, varia muito de intensidade e extensão, desde forma leve (xerodermia), até quadros graves, incompatíveis com a vida (feto arlequim).

A Ictiose Lamelar, também conhecida como eritrodermia ictiosiforme congênita não bolhosa, é uma forma muito grave de ictiose, com manifestações presentes já ao nascimento.

É uma genodermatose autossômica recessiva, com incidência de 1:300.000 nascimentos e proporção de sexo de 1:1. (2)

Caracteriza-se por descamação generalizada,

com escamas espessas e escuras, e eritrodermia que não poupa flexuras, causando eversão das pálpebras (ectrópio) e dos lábios (eclábio). Evolutivamente, o processo não se altera ao longo do tempo. (5,7)

As crianças apresentam ao nascer um envoltório com aspecto coloidal formado pelo estrato córneo espessado, que dificulta a respiração e alimentação do recém-nascido. São chamados de bebês-colódios e a expressão mais intensa constitui o chamado “feto arlequim”. (5)

Apresenta-se com placas córneas espessas em formas geométricas, separadas por fissuras profundas, o que lembra o padrão diamante dos trajes do Arlequim (personagem da antiga comédia italiana, de traje multicolor em losango). (2)

No feto arlequim, o espessamento acentuado da pele leva a um desenvolvimento anormal do pavilhão auricular, apresentando orelhas rudimentares e coladas, dos olhos e da boca, apresentando ectró-

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

1. Acadêmicos-internos de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.

2. Médico-Pediatra do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

3. Residentes de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

pio e eclábio bastante pronunciados, além de deformidades em flexão dos membros e gangrena digital. ^(2,6)

São natimortos ou geralmente morrem durante o período neonatal, devido alterações na regulação térmica, no equilíbrio hidreletrolítico e na proteção contra infecção. ^(2,4)

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um recém-nascido com a forma mais rara e grave de ictiose congênita.

Apresentação do Caso

Recém-nascido do sexo feminino, nascida em 18/09/2009 no município de Rio Negro-PR, com peso de 3250g e 47,5cm de comprimento. Nasceu de parto cesáreo com 38 semanas gestação, Apgar 6/7.

Mãe com 18 anos, tipo sanguíneo A+, gesta II cesárea I aborto I. Realizou 10 consultas de pré-natal e todas as sorologias foram negativas. Negou consanguinidade com o pai da criança.

RN encaminhada ao Setor da Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) com o diagnóstico de ictiose congênita. À admissão, com seis dias de vida, encontrava-se em regular estado geral, corada, hidratada, eupnéica, ativa e reativa, pesando 2950g. Apresentava deformidade de pavilhões auriculares, sugerindo retração ou malformação auricular. Na face, a pele encontrava-se ressecada, com lesões escamosas e fissuras. Pálpebras superiores evertidas e hiperemiadas, com bastante secreção amarelo-esverdeada. (Figura 1) O pescoço apresentava secreção amarelada

de odor fétido.

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdomene apenas doloroso à palpação, devido às lesões escamosas na pele (Figura 2). Em membros, pele ressecada, com fissuras em punhos e tornozelos (Figura 3).

Foi internada para exames laboratoriais e foram solicitados hemograma completo, PCR, sódio, potássio, cálcio, magnésio, CPK, CKMB. Todos estavam dentro dos padrões de normalidade. Rx de tórax AP com transparência normal dos campos pleuropulmonares.

Enquanto aguardava-se o resultado das culturas das secreções de pele, dos olhos e a hemocultura, foi iniciado cefalexina 50mg/kg/dia, 6/6h, prescrito pomada oftálmica com componente antibiótico e colírio lubrificante.

Solicitou-se avaliação dos Serviços de Oftalmologia e Dermatologia do HUEC. A Oftalmologia manteve a conduta inicial e a Dermatologia orientou banho apenas com água, (sabonete glicerinado, se necessário, em áreas de maior sujeira) e utilização de "cold cream" varias vezes ao dia para manter a pele hidratada.

Foi dada alta para a paciente após um dia de internamento hospitalar, a pedido da mãe, e solicitado acompanhamento ambulatorial pelos Serviços de Dermatologia e Oftalmologia.

Após 7 dias saiu o resultado da hemocultura, positiva para estafilococo não produtor de coagulase (G1), da cultura da secreção ocular, com desenvolvimento abundante de *Streptococcus pneumoniae* (G1), e cultura da secreção de pele e pescoço, com desenvolvimen-



Figura 1. Bebê-arlequim com eversão palpebral e escamas escuras na face.



Figura 2. Envoltório de aspecto coloidal e escamas em abdome.



Figura 3. Fissura em punho esquerdo e escamas espessas na mão.



Figura 4. Anormalidade do pavilhão auricular e fissuras em face.



Figura 5. Presença de eclábio e escamas e fissuras por todo corpo do RN.

to abundante de *Escherichia coli* (G1) e desenvolvimento moderado de *Morganella morganii* (CESP) (G2).

Com 19 dias de vida a paciente retornou ao Pronto-Atendimento da Pediatria do HUEC com piora da descamação, presença de áreas extensas de infecção cutânea, indo a óbito por provável sepsis. (Figuras 4 e 5)

DISCUSSÃO

A ictiose Arlequim é uma doença na qual existe uma barreira epidérmica anormal, histologicamente representada com aumento importante do extrato córneo.⁽⁴⁾

A presença desse extrato córneo compacto e espesso, com hiperqueratose moderada a intensa e camada granulosa espessada, ocorre devido a um trânsito celular epidérmico reduzido a quatro dias, ou seja, há um *turn-over* celular aumentado, com maior número de mitoses na epiderme.^(1,5)

Atualmente a fisiopatologia mais aceita é a anormalidade no metabolismo lipídico e proteico dos queratinócitos, especialmente das células granulares. Mutações no gene da *trasglutaminase 1* no cromossomo 14 foram identificadas em vários casos de ictiose lamelar autossômica recessiva, porém em 2005 a base genética da ictiose em arlequim foi descrita. O gene foi mapeado ao cromossomo 2q35, conhecido como ABCA12 e codifica uma proteína transmembrana reguladora envolvida no transporte lipídico. Esta doença resulta das mutações altamente agressivas do ABCA12.^(4,8)

Existem, nessa patologia, relatos de consanguinidade, apesar de que o relato apresentado trata-se de um caso esporádico de pais normais e não consanguíneos (sic).⁽⁴⁾

O diagnóstico do feto arlequim é clínico e apesar de não muito realizado, o diagnóstico pré-natal é possível através de três métodos. Na ultrassonografia no início do 3º trimestre podem ser encontradas protuberâncias císticas nas órbitas (ectrópio), ausência de lábios normais (eclábio) e pele espessada sem hidropsia. Em amostras de líquido amniótico dos fetos com essa doença, obtidas por amniocentese, são observados grupos de células queratinizadas que contêm grânulos anormais e gotículas de lipídios. Outra possibilidade é a biópsia da pele fetal entre 22ª e 24ª semanas de gestação, obtida através da fetoscopia, na qual detecta-se hiperqueratose prematura em torno de folículos pilosos e dutos sudoríparos.⁽²⁾

As complicações consequentes desta genodermatose são muitas. A rigidez da pele restringe os movimentos respiratórios do bebê, o que leva à hipoventilação e até parada respiratória. Embora a camada córnea esteja acuatadamente espessada, a função de barreira está comprometida com rachaduras e fissuras, o que torna a pele porta de entrada para infecção localizada e generalizada, principalmente por *Staphylococcus aureus*, mas também devido a germes gram-positivos e gram-negativos, geralmente hospitalares com resistência à maioria dos antibióticos.^(2,4)

A insuficiência respiratória, decorrente da restrição à

expansibilidade torácica, e as dificuldades na amamentação podem provocar hipoglicemia, desidratação e insuficiência renal aguda.⁽¹⁰⁾

O ectrópio pode levar à ulceração de córnea, por isso se faz necessário o uso de colírio de metilcelulose. O eclábio dificulta a alimentação por via oral, sendo às vezes necessária a administração de líquido endovenoso ou por sonda nasogástrica.⁽⁴⁾

O recém-nascido deve ser isolado em incubadora umidificada na fase inicial da doença e receber cuidados especiais, pois a descamação da pele pode ser intensa, abrindo portas para infecção. As alterações hidreletrolíticas podem ser graves devido à importante perda de água hipernatrêmica e instabilidade de temperatura.^(2,4)

Não existe cura para as ictioses, assim, o objetivo principal do tratamento é diminuir a sintomatologia. Deve haver controle sistemático da temperatura (proteção contra o frio e calor excessivo que pode ser prejudicial pela hipossudorese). O tratamento tópico visa aumentar o teor hídrico e a lubrificação da pele, permitindo maior flexibilidade da camada córnea. O uso de cremes e pomadas de ureia, ácidos láctico e salicílico e ainda propilenoglicol são úteis agindo como hidratantes, lubrificantes e ceratolíticos. Em algumas situações podem ser usados antimicrobianos de forma profilática e antissépticos para controle do odor. Nos casos mais graves ou refratários ao tratamento tópico deve ser instituída terapia sistêmica.

Vários estudos vêm demonstrando melhora na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes portadores de ictiose arlequim tratados com retinoides.⁽¹⁰⁾ Nesta situação, este medicamento age, entre outras funções, na regulação da proliferação e diferenciação celular. Nas ictioses o medicamento utilizado atualmente é a acitretina, derivado sintético da vitamina A, sendo o maior metabólito do etretinato.⁽¹¹⁾ Dentre os efeitos colaterais atribuídos ao uso de retinoides, destaca-se a sua toxicidade sobre pele e mucosas, queilite e ressecamento da pele. As alterações são dose-dependentes, reversíveis e facilmente controladas por meio do uso de emolientes.

Anteriormente à década de 1980, os neonatos acometidos pela doença evoluíam a óbito nos primeiros dias de vida e, no presente, ainda são poucos os casos de pacientes que sobrevivem ao primeiro ano.⁽¹⁰⁾

O aconselhamento genético é fundamental para familiares de recém-nascidos acometidos pela doença, na tentativa de reduzir a incidência dessa doença de tratamento limitado e prognóstico sombrio.

Raymundo AR, Koga RB, Pascolat G, Kliemann AB, Marquesini LH. Congenital Ichthyoses: case of harlequin baby. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68 (1-2):16-19.

ABSTRACT - Objective: The objective of this study was to report the case of a newborn with the most rare and severe congenital ichthyosis. Case Description: Newborn female referred to our institution's pediatric ward of HUEC diagnosed with congenital ichthyosis. Showed auricular deformities, scaly lesions on the skin, cracks in the face, wrists and ankles. Everted upper eyelids with secretion yellowish eyes and neck. In ocular fluid was development of *S. Pneumoniae* in the skin and development of *E. coli* and *M. morganii*. Died on the 19th day for probable sepsis. Comments: The harlequin fetus is considered a rare and severe congenital ichthyosis. Presents with horny plates in geometric shapes, separated by deep fissures. The thickening of the skin leads to abnormal auricular development, ectropion and eclabium. They Are stillborn or die early, by changes in thermal regulation, hydro-electrolyte balance and protection against infection. Prior to the 1980s, newborns affected by the disease progressed to death within the first days of life and at present there are few cases of patients who survive the first year. Therefore, it is essential genetic counseling to families of newborns affected by the disease, in an attempt to reduce the incidence of this disease of limited treatment and poor prognosis.

KEYWORDS - Harlequin Fetus. Lamellar Ichthyosis. Skin Abnormalities.

REFERÊNCIAS

- Ceccon MERJ, Albuquerque EM, Feferbaum R, Krebs VLJ, Kim CAE, Vaz FAC, et al. Ictiose Congênita. *Pediatria (São Paulo)*, 16 (3): 113-119, 1994.
- Laranjeira JRF, Macedo JLS, Costa JNL, Marques MFDC, Valença MAM. Feto Arlequim. *Jornal de Pediatria(Rio de Janeiro)*.1996; 72(3): 184-186.
- DiGiovanna JJ, Robinson-Bostom L. Ichthyosis: etiology, diagnosis, and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4(2):81-95.
- Aigner CO, Gajardo AM, Matiello M, Rocha MB, Fritzen TCC. Relato de caso: bebê arlequim – ictiose congênita. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2008; 37(4): 53-56.
- Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia*. 2ª edição. São Paulo. Editora Artes Médicas, 2000.
- Silva MR, Obadia I. Eritrodermia ictiosiforme congênita. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 1989; 64(2): 121-124.
- Brito MFM, Sant' Anna IP, Figueroa F. Avaliação laboratorial dos efeitos colaterais pelo uso da acitretina em crianças portadoras de ictiose lamelar – seguimento por um ano. *Anais Brasileiros de Dermatologia (Rio de Janeiro)*. 2004; 79(3): 283-288.
- Van Gysel D, Lijnen RL, Moekti SS, de Laat PC, Oranje AP. Collodion baby: a follow-up study of 17 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002 Sep;16(5):436-7.
- Taïeb A, Labrèze C. Collodion baby: what's new. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002 Sep;16(5):472-5.
- Georgetti FCD, Eugênio GR, Volpe HT. Ictiose arlequim: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Paul Pediatria* 2006;24(1):90-3.
- ICTIOSES. Acitretina. PORTARIA SCTIE/MS Nº 73 DE 01/11/2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/gmex/protocolos-clinicos/ICTIOSES.pdf. Acesso em outubro de 2009.

HÉRNIA DE TROCARTE ESTRANGULADA

STRANGULATION TROCAR HERNIA

Antônio Carlos Rosa de **SENA**¹, Geraldo Alberto **SEBBEN**², Luis Eduardo Durães **BARBOZA**³
Helena Vicente de Castro Pereira **ARAÚJO**³, Marco Aurélio **SEBBEN**⁴

Rev.Méd.Paraná/1301

Sena ACR, Sebben GA, Barboza LED, Araújo HVCP, Sebben MA. Hérnia de Trocarte Estrangulada. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1):20-21.

RESUMO - Hérnia no portal de implantação de trocarte não é uma complicação frequente após laparoscopias, mas quando ocorre pode ser uma importante causa de complicação, como o estrangulamento, e neste caso depende de rápido diagnóstico e tratamento. Apresentamos o relato de dois casos de hérnias estranguladas de trocarte que necessitaram de cirurgias de urgência.

DESCRITORES - Hérnia de Trocarte. Estrangulada. Complicações. Prevenção.

INTRODUÇÃO

Hérnia incisional é uma complicação cirúrgica comum após laparotomias. A incidência varia de 5 a 15% dependendo do tipo de incisão, do paciente, da técnica de fechamento e complicações. Na laparoscopia a incidência é menor, porém não é nula, situa-se em torno de 0,1 a 3% ⁽¹⁾.

Considerando que muitas cirurgias são realizadas atualmente pela via laparoscópica, é importante citar o artigo de Montz e colaboradores, os quais referem que 27% dos cirurgiões que realizam mais de 20 cirurgias videolaparoscópicas por ano já se depararam com um caso de hérnia incisional ⁽⁵⁾.

É importante salientar que a hérnia incisional não é uma intercorrência inócua, porque possui potencial para complicação, necessitando muitas vezes de reintervenção cirúrgica ⁽¹⁾.

Neste trabalho relatamos dois casos de hérnia de trocarte que apresentaram precocemente encarceramento e estrangulamento no pós-operatório.

RELATO DO CASO

Caso 1

DJN, 48, masculino. Retorna ao Pronto-Atendimento do hospital no 4º dia de pós-operatório de gastroplastia a Fobi-Capella com queixa de vômitos, dor abdominal e parada de eliminação de gases. Ao exame físico apresentava dados vitais estáveis. Abdômen distendido e doloroso à palpação difusa.

Realizou-se estudo radiológico do esôfago e estômago com contraste iodado e houve boa passagem do contraste pela gastroenteroanastomose, ausência de fistulas, porém dilatação de alças em delgado distal.

O paciente foi submetido à videolaparoscopia sendo diagnosticado hérnia no local do trocarte umbilical com estrangulamento e necrose de uma alça intestinal do delgado (Fig.1a e 1b). Realizou-se enterectomia segmentar, enteroenteroanastomose e correção do defeito na parede abdominal.

A evolução clínica foi satisfatória com alta hospitalar em quatro dias.



Figura 1a



Figura 1b

Caso 2

RM, 85, feminino. Retorna ao Pronto-Atendimento do hospital no 3º dia de pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica com queixa de dor abdominal. Ao exame físico apresentava dor

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Geral do Hospital São Vicente, FUNEF, Curitiba, Paraná.

1. Preceptor da Residência em Cirurgia Geral do Hospital São Vicente e Professor da UFPR.

2. Chefe do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital São Vicente e Professor da PUCPR.

3. Médicos-Residentes em Cirurgia Geral do Hospital São Vicente.

4. Acadêmico do Curso de Medicina da PUC-PR e Estagiário do Hospital São Vicente.

difusa à palpação superficial, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos.

Realizou-se radiografia simples de abdômen que evidenciou distensão de alças de delgado com níveis hidroaéreos, compatível com oclusão intestinal.

A paciente foi submetida à videolaparoscopia, a qual evidenciou herniação de intestino delgado no portal umbilical que se reduziu durante o pneumoperitônio (Fig. 2). A alça apresentava alteração isquêmica leve e melhorou espontaneamente após alguns minutos, não sendo necessária sua ressecção, e corrigiu-se o defeito na parede abdominal.

A evolução pós-operatória foi satisfatória com alta hospitalar em três dias.

DISCUSSÃO

Nosso relato contempla dois pacientes com hérnia de trocarte em portal umbilical, que necessitaram de intervenções cirúrgicas de urgência, frente a uma complicação, a obstrução intestinal no delgado. Duron e colaboradores referem que, assim como na laparotomia, o intestino delgado está envolvido na maioria das obstruções que complicam uma laparoscopia. Entretanto, herniações do cólon e do omento através dos portais, também têm sido relatados (3).



Figura 2

Várias publicações sugerem que a patogênese está relacionada preferencialmente a fatores técnicos,

como: diâmetro do trocarte, presença ou não de lâmina no trocarte, fechamento ou não da aponeurose no portal (2). Montz e colaboradores demonstraram que em 933 hérnias, 86,3% delas ocorreram quando trocartes com diâmetro maior que 10 milímetros foram usados. O local de ocorrência das hérnias em 75,7% foi no portal umbilical (5). Referem que os trocartes sem lâmina causam dano mínimo porque a divulsão é o principal mecanismo de entrada e a aponeurose se aproxima mais facilmente assim que o trocarte é removido.

Para Mahmoud e colaboradores, o fechamento muscular após a retirada do trocarte pode desempenhar um papel na prevenção das hérnias. Relatam casos de hérnia encarcerada até em portais de cinco milímetros. Porém, as complicações com obstrução intestinal eram sempre em trocartes de diâmetro maior que 10 milímetros. Citam como complicações as obstruções intestinais, casos de estrangulamento, perfurações e fasciíte necrotizante (1,3).

Publicações relacionam fatores de risco e prevenção. Segundo Uslu e colaboradores, fatores relevantes que influenciaram foram: a idade avançada, o IMC elevado e as cirurgias de longa duração. Sugerem que o reparo da aponeurose deva ser realizado nos casos onde o trocarte seja de 10 milímetros ou mais, em pacientes com mais de 60 anos, pacientes com IMC maior que 25 e cirurgias com duração maior que 90 minutos (4).

Nos dois casos relatados as hérnias ocorreram nos portais umbilicais, onde os trocartes utilizados foram de 12 milímetros. Acreditamos que a sutura da aponeurose poderia ter evitado as complicações e afirmamos que a preocupação com este tipo de complicação, em primeiro lugar, é sua prevenção e, secundariamente, o diagnóstico e o tratamento precoces.

Sena ACR, Sebben GA, Barboza LED, Araújo HVCP, Sebben MA. Strangulation Trocar Hernia. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):20-21.

ABSTRACT - Trocar site hernia is an unusual complication after laparoscopies, but can cause important complications, depending on fast diagnosis and treatment. We report two cases in which a trocar hernia lead to an emergency procedure, and after surgical treatment the patients had gone well.

KEYWORDS - Trocar Hernia. Strangulation. Complications. Prevention.

REFERÊNCIAS

- Mahmoud HY, Ustuner EH, Sozener U, Ozis SE, Turkpar AG. Cannula site insertion technique prevents incisional hernia in laparoscopic fundoplication. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2007; 17: 267-270.
- Chiu C, Lee, W, Wang W, Wei P, Huang M. Prevention of trocar-wound hernia in laparoscopic bariatric operations. *Obesity surgery.* 2006; 16: 913-918.
- Duron J, Hay JM, Msika S, Gaschard D, Domergue J, Gainant A, Fingerhut A. Prevalence and mechanisms of small intestinal obstruction following laparoscopic abdominal surgery. *Arch surg.* 2000; 135: 208-212.
- Uslu HY, Erkek AB, Cakmak A, Kpenekci I, Sozener U, Kocaay FA, Turkcapar AG, Kuterdem E. Trocar site hernia after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques. Part A;* 17(5): 600-3, 2007 Oct.
- Montz F, Holschneider C, Munro G. Incisional hernia following laparoscopy: A Survey of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. *Obstet Gynecol* 1994; 84(5): 881-884.

TUMOR ADENOMATOIDE EPIDIDIMÁRIO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

ADENOMATOID TUMOR OF THE EPIDIDIMYS: REPORT A TWO CASES AND REVIEW THE LITERATURE

Eduardo Felipe **MELCHIORETTO**¹, Mayra Dal Bianco **NEGRISOLI**², Rafael Cavalheiro **CAVALLI**³, Marcelo **ZENI**³, João Paulo Medeiros **GUIMARÃES**³, Bruno Vinicius Duarte **NEVES**³, Mateus Cosentino **BELLOTE**³, Renato Tambara **FILHO**⁴, Luiz Carlos de Almeida **ROCHA**⁵

Rev.Méd.Paraná/1302

Melchiorretto EF, Negrisoli MDB, Cavalli RC, Zeni M, Guimarães JPM, Neves BVD, Bellote MC, Filho RT, Rocha LCA. Tumor adenomatoide epididimário: relato de dois casos e revisão da literatura. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):22-25.

RESUMO - Tumores adenomatoides são tumores mesoteliais benignos geralmente encontrados nas estruturas paratesticulares. Relatamos dois casos de tumor adenomatoide no epidídimo. Revisamos a literatura sobre tumores epididimários, suas apresentações, métodos de diagnósticos e tratamento.

DESCRITORES - Tumores. Epidídimo. Adenomatoide. Paratesticular.

INTRODUÇÃO

Os tumores sólidos paratesticulares são pouco frequentes, representando menos de 5% das neoplasias escrotais. Destes, 75% são benignos, entre eles o mais comum é o tumor adenomatoide, que representa 30% das massas paratesticulares⁽³⁾. Sua localização típica é no epidídimo, geralmente no polo inferior, mas também pode ser encontrado na túnica albugínea, no cordão espermático ou no ducto ejaculatório. Como sua evolução é benigna, o tratamento é a exérese do tumor, mas o diagnóstico é muito importante para diferenciar de neoplasias malignas, que necessitam de tratamento mais agressivo. Na maioria dos casos, o diagnóstico definitivo só é fechado após a cirurgia, através da imuno-histoquímica.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente masculino, 34 anos, percebeu massa palpável em testículo direito há vinte dias, acompanhada por desconforto no local. Ao exame físico foi palpado um nódulo de cerca de um centímetro, aderido ao testículo direito, pouco doloroso à pal-

pação. Os marcadores tumorais foram negativos. A ecografia de bolsa escrotal mostrou pequena hidrocele bilateral, além de um nódulo hipoeoico heterogêneo, com halo hiperecoico, localizado entre o polo superior do testículo direito e o epidídimo direito, em amplo contato com o testículo, medindo 1,3cm no maior eixo (Figuras 1 e 2).



Figura 1

Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas – UFPR (Universidade Federal do Paraná).

1. Médico Residente do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas – UFPR.

2. Acadêmica do Curso de Medicina da UFPR.

3. Médico-Residente do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas – UFPR.

4. Professor-Associado II da Disciplina de Urologia – UFPR.

5. Professor-Titular e Chefe do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas – UFPR.

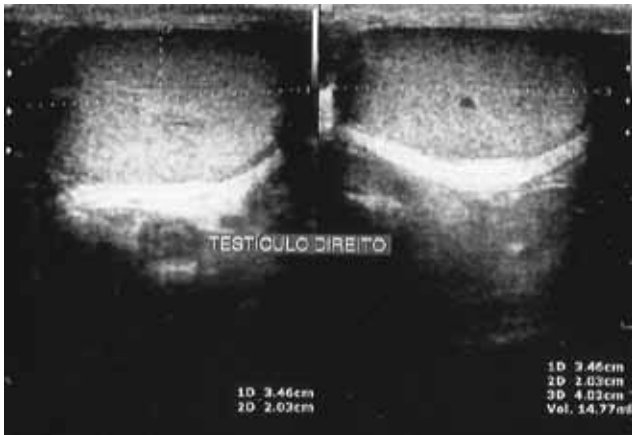


Figura 2

O paciente foi então submetido a exploração cirúrgica via inguilotomia direita, e após isolado o funículo espermático, a exposição do testículo mostrou um nódulo encapsulado de 1,3cm, aderido à túnica albugínea, junto à cabeça do epidídimo (Figura 3). A lesão foi então ressecada, incluindo a albugínea, sem lesão da cápsula tumoral. Nenhum sinal macroscópico de malignidade foi encontrado. O tumor em si media 1,3 x 1,1 x 1,0cm.



Figura 3

Microscopicamente se observou uma lesão proliferativa atípica de padrão pleomórfico, com margens livres de neoplasia. À imuno-histoquímica foram positivos os seguintes anticorpos: CK AE1/AE3 (figura 4), Vimentina e Fator VIII (figura 5), fechando o diagnóstico de tumor adenomatoide epididimário.



Figura 4

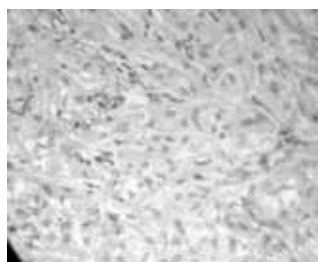


Figura 5

Caso 2

Paciente masculino, 45 anos, com surgimento de nódulo em topografia de epidídimo direito e aumento de volume progressivo com seis meses de evolução, confirmado ao exame físico. À ecografia evidenciou-se um nódulo hipoeicoico de 1,3cm na cauda do epidídimo direito, com vascularização ao Doppler e ausência de contato com a túnica albugínea testicular (Figuras 6 e 7).

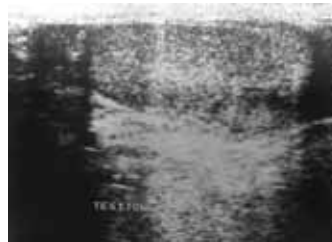


Figura 6

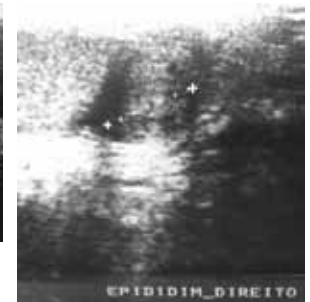


Figura 7

Foi realizada uma escrototomia mediana, evidenciando-se a lesão na cauda do epidídimo, de 1,0 x 1,3 cm. Realizada ressecção da lesão e enviada para análise histológica (figura 8) que confirmou a ressecção com margens livres o diagnóstico de tumor adenomatoide através da análise imuno-histoquímica.

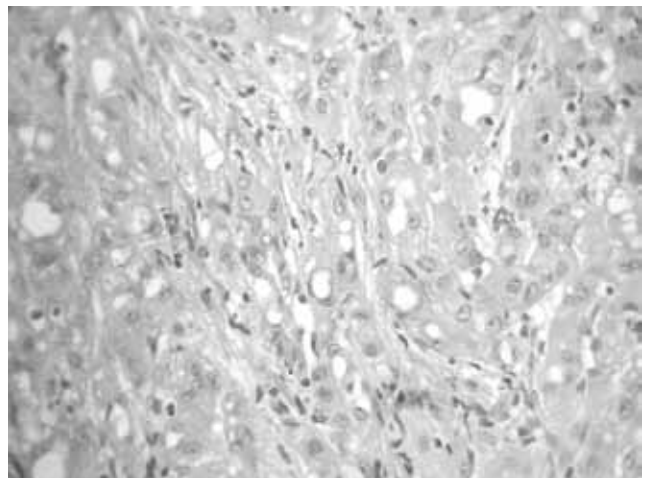


Figura 8

DISCUSSÃO

Os tumores paratesticulares são pouco frequentes, sendo benignos em sua maioria, e o tumor adenomatoide é o mais frequente. A localização típica é o epidídimo, mas também podem ser encontrados na túnica albugínea, no cordão espermático, nos deferentes, no ducto ejaculatório, na próstata ou nas suprarrenais, ou ainda invadir o parênquima testicular. Menos frequentemente, nas mulheres, ainda podem se desenvolver nas tubas uterinas e no útero^(3, 4, 9). No epidídimo, 15% dos casos aparecem de forma bilateral, sendo quatro

vezes mais frequentes no polo inferior e apresentando uma ligeira preferência pelo epidídimo esquerdo⁽¹⁾. Podem aparecer em qualquer idade, mas são mais comuns entre os 30 e 50 anos⁽¹¹⁾.

Clinicamente, o tumor adenomatóide se apresenta como tumoração sólida, geralmente indolor, arredondada, circunscrita, de pequeno tamanho (até 3cm) e de crescimento muito lento^(5, 10). Relaciona-se com hidrocele em até 50% dos casos, e 30% estão associados com processos inflamatórios ou traumas recorrentes que, mesmo não sendo a causa direta do tumor, estão ligados ao diagnóstico^(8, 10).

À microscopia podem ser observados três padrões morfológicos básicos:

1. Angiomatoide: formado por canais de aspecto vascular, mais ou menos dilatados, preenchidos por células planas de morfologia endotelial.

2. Sólido: os cordões, canais e ninhos celulares estão mais próximos, deixando menos espaço entre eles. O tipo celular predominante é uma célula epitelióide, de amplo citoplasma eosinófilo, núcleo pequeno e nucléolo não proeminente.

3. Adenoide: formado por tubos de células cúbicas anastomosados, que dão um aspecto histológico pseudoglandular.

Além dos tipos celulares descritos se observam com frequência células de citoplasma vacuolado que podem adotar morfologia em “anel de sinete”⁽⁶⁾.

A palpação escrotal mostra uma formação sólida, firme, indolor, situada como antes descrito na maioria das vezes no epidídimo, mais frequentemente na cauda, com um tamanho variável entre 5 mm podendo chegar até 5 cm⁽⁷⁾.

A ecografia é uma ferramenta diagnóstica muito im-

portante que, apesar de não diagnosticar definitivamente o tumor, exclui as lesões císticas e orienta quanto à benignidade e quanto à localização extratesticular. A imagem é de um nódulo sólido, isoecoico ou hiperecoico e quase sempre homogêneo, diferenciando-se na maioria das vezes do parênquima testicular^(1, 10). A tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem ajudar no diagnóstico diferencial dessas lesões. Alguns autores preconizam o emprego confirmatório da ressonância magnética para o diagnóstico, mas isso é controverso, já que a ultrassonografia dá a suspeita⁽⁷⁾, e o diagnóstico somente é confirmado com o exame anatomopatológico.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com formações líquidas, como cisto de epidídimo, cisto funicular, espermatocelo ou hérnia inguinoescrotal, ou com formações sólidas, como o tumor testicular, processos inflamatórios ou infecciosos e hematoma intratesticular⁽⁷⁾.

Uma vez obtido o diagnóstico, a escrototomia facilitará o acesso ao tumor, e a exérese posterior se dá de forma simples, quando o tumor se assenta em forma extratesticular. Quando intratesticular ou de difícil localização, deve-se recorrer a uma inguinotomia, como no caso deste paciente, em que a ecografia não foi totalmente esclarecedora^(7, 11). Alguns autores ainda preconizam uma biópsia por congelamento no intraoperatório em casos duvidosos, para evitar uma orquiectomia⁽²⁾.

Não foram descritas recidivas, mesmo nos raros casos que apresentavam atipias celulares ou invasão local^(4, 5, 7, 11).

Melchiorretto EF, Negrisoli MDB, Cavalli RC, Zeni M, Guimarães JPM, Neves BVD, Bellote MC, Filho RT, Rocha LCA. Adenomatoid tumor of the epididymis: report a two cases and review the literature. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):22-25.

ABSTRACT - Adenomatoid tumors are benign mesothelial tumors most commonly found in the paratesticular structures. Herein, we report a two cases of adenomatoid tumor originating in the epididymis. We review the literature regarding adenomatoid tumors, its presenting, diagnostic methods and treatment.

KEYWORDS - Tumors. Epididymis. Adenomatoid. Paratesticular.

REFERÊNCIAS

1. Akbar SA, Sayyed TA, Jafri SZ, Hasteh F, Neill JS. Multimodality imaging of paratesticular neoplasms and their rare mimics. *Radiographics*, 2003; 23(6):1461-1476.
 2. Barry P, Chan KG, Hsu J, Quek ML. Adenomatoid tumor of the tunica albuginea. *Int J Urol*. 2005 May;12(5):516-8.
 3. Beccia DJ, Krane RJ, Olsson CA. Clinical management of non-testicular intrascrotal tumors. *J Urol*. 1976 Oct;116(4):476-9
 4. Bestard Vallejo JE, Tremps Velazquez E, Blazquez Mana C, Celma Domech A, de Torres Ramirez I, Morote Robles J. [Adenomatoid tumour of epididymis: the most common tumour of the paratesticular structures]. *Actas Urol Esp*. 2008 Jun;32(6):611-7.
 5. Garrido Abad P, Jimenez Galvez M, Herranz Fernandez LM, Bocardo Fajardo G, Arellano Ganan R, Pereira Sanz I. [Adenomatoid tumor of the epididymis. Report of two cases]. *Arch Esp Urol*. 2007 Jul-Aug;60(6):700-3.
 6. Gonzalez Resina R, Carranza Carranza A, Congregado Cordoba J, Conde Sanchez JM, Congregado Ruiz CB, Medina Lopez R. [Paratesticular adenomatoid tumor: a report of nine cases]. *Actas Urol Esp*. 2010 Jan;34(1):95-100.
 7. Llarena Iburguren R, Rodriguez JG, Olano Grasa I, Azurmendi Arin I, Canton Aller E, Pertusa Pena C. [Adenomatoid tumor of the epididymis. Report of five cases]. *Arch Esp Urol*. 2008 Sep;61(7):831-4.
 8. Montserrat V, Vessa J, Montane M y cols. Tumores adenomatoideos de epididimo. *Arch. Esp. Urol*.1993, 46: 725
 9. Moyano Calvo JL, Giraldez Puig J, Sanchez de la Vega J, Davalos Casanova G, Morales Lopez A. [Adenomatoid tumor of the epididymis]. *Actas Urol Esp*. 2007 Apr;31(4):417-9
 10. Pila Perez R, Rosales Torres P, Pila Pelaez R, Holguin Prieto V, Torres Vargas E. [Adenomatoid tumor of the epididymis: an infrequent case]. *Arch Esp Urol*. 2009 Oct;62(8):656-60.
 11. Vesga Molina F, Acha Perez M, Llarena Iburguren R, Lecumberri Castanos D, Pertusa Pena C. [Paratesticular adenomatoid tumor]. *Arch Esp Urol*. 1997 Apr;50(3):292-4.
-

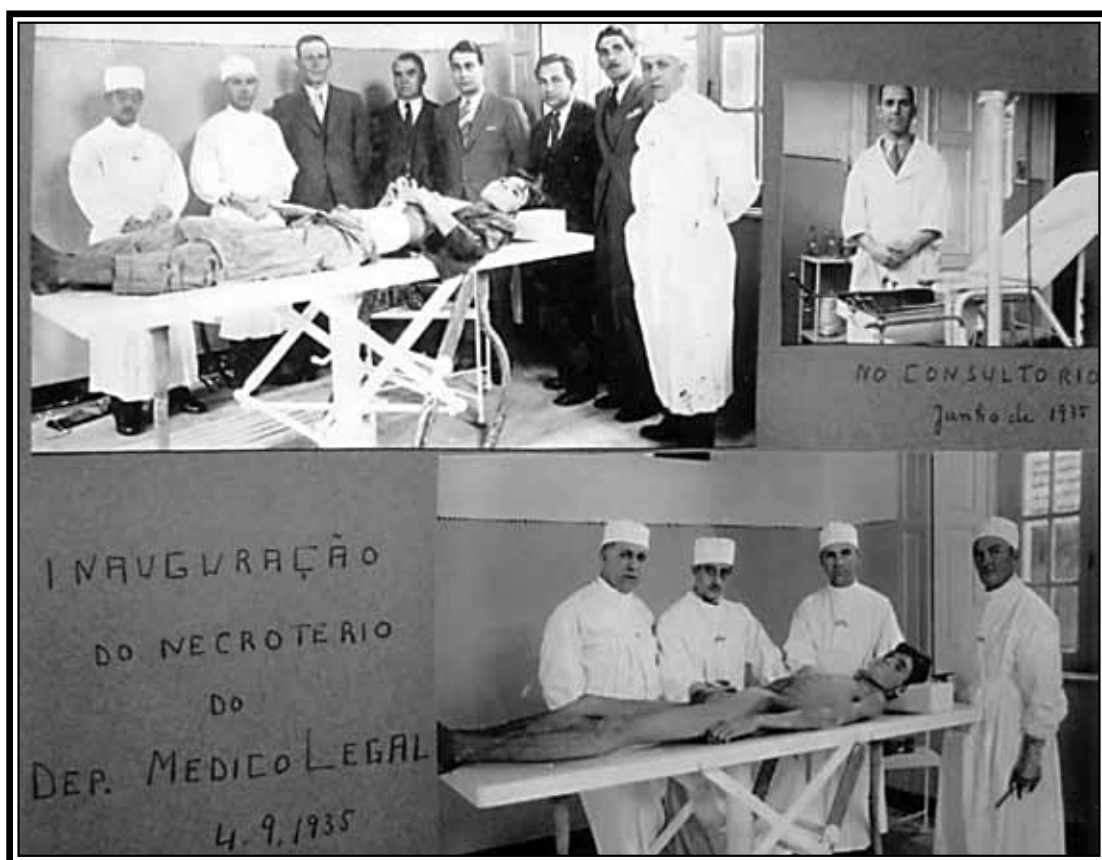
MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

History Museum of Medicine

INAUGURAÇÃO DO INSTITUTO MÉDICO-LEGAL

SUA INAUGURAÇÃO FOI EM 1935, NA OCASIÃO LOCALIZADO NA RUA SETE DE SETEMBRO ESQUINA COM MARECHAL FLORIANO

*Ebrenfried Othmar Wittig***



Para doações e correspondências:

Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná

Rua Cândido Xavier, 575 - Água Verde - Curitiba/PR - CEP: 80.240-280

Fone (41) 3024-1415 / Fax (41) 3242-4593 - E-mail: secretaria@amp.org.br

Visite o museu em nosso site: www.amp.org.br

Atendimento particular com valor reduzido?



Para quem não quer depender do SUS e não pode ou não quer pagar um plano de saúde, o SINAM é a solução.

Sem mensalidades, você pode escolher os médicos referenciados pela Associação Médica do Paraná para receber atendimento de consulta particular.



Rua Cândido Xavier, 602 - Água Verde - Curitiba - (41) 3019 8689



Médico
Profissional
de valor

www.amp.org.br