

Junho 2012



**Acesso ao Banco de Ossos:
O gargalo para as revisões
pag. 6**

**Everardo, o grande apoio para quem quer começar a fazer pesquisa científica
pag. 16**



Foto: Diogo Zanatta

**O Quadril de pai para filho: depoimento de Bruno Roos
pag. 5**

**A GENTE CUIDA DE TUDO
PARA VOCÊ CUIDAR DO
QUE REALMENTE IMPORTA.**

OSCAR ISKIN.

**HÁ 70 ANOS EVOLUINDO
COM A MEDICINA.**



O nome Oscar Iskin é referência latino-americana em distribuição de material médico-hospitalar. Atenta às necessidades do mercado, a Oscar Iskin inova, oferecendo produtos como unidades móveis de diagnóstico por imagem e hospitais de campanha, além da expertise na instalação de centros cirúrgicos e UTIs. Para isso, uma de suas metas é a busca constante pela qualidade e tecnologia médica de ponta, garantindo total segurança aos seus clientes.

RIO DE JANEIRO

R. Macedo Sobrinho, 85 • Humaitá
Tel.: 21 2145-5656

SÃO PAULO

R. Antônio Macedo Soares, 1793 • Campo Belo
Tel.: 11 50917444

www.oscariskin.com.br

70
anos
**Oscar
Iskin**

Editorial

Ao incluir nesta edição uma ampla matéria sobre a dificuldade de acesso aos bancos de ossos, reclamação de muitos médicos de vários Estados, a Sociedade Brasileira de Quadril abre uma discussão necessária e oportuna sobre o tema, à medida que aumenta o número de revisões realizadas e, conseqüentemente, a demanda por enxertos ósseos.

A campanha que ora iniciamos para mudar a legislação atual, considerada draconiana, tem como primeiro objetivo a desvinculação do médico credenciado do hospital igualmente credenciado. É que não tem sentido algum que um especialista em quadril, devidamente acreditado perante as autoridades da Saúde a usar material de banco de ossos para atender às necessidades de seu paciente, seja credenciado exclusivamente para trabalhar em determinado hospital.

Essa vinculação do ortopedista ao hospital torna-se um problema quando o hospital a que determinado paciente tem acesso por seu seguro-saúde não é aquele no qual o médico está vinculado. E é incrível que, perante a legislação, um profissional seja considerado perfeitamente apto a operar com enxerto em determinado hospital, mas não em outro, como se a mudança de endereço afetasse sua capacitação do profissional.

Há outros problemas correlatos, a saber: a) os seis bancos de ossos existentes no País precisam ter maior capacidade, para atender à crescente demanda; b) há grande dificuldade para credenciar um hospital perante as autoridades da Saúde, haja vista experiência de hospital da Grande São Paulo que, com condições adequadas, não conseguiu o credenciamento apesar de pleitear por três anos, durante os quais o processo chegou a ser extraviado em Brasília; c) há que facilitar o credenciamento dos ortopedistas, pois não tem sentido que um dentista possa usar enxerto de osso em seu consultório e um ortopedista acreditado após o rigoroso exame da SBOT e depois de aceito como associado da SBQ, não seja autorizado a usar o mesmo recurso numa revisão total de quadril, impedido que está de usar enxerto ósseo cedido por um banco, quando entende que essa técnica é imperiosa para obter um bom resultado.

A campanha será longa, não temos dúvida, mas nosso primeiro objetivo, para o qual conclamamos todos os associados, é a desvinculação do médico ao hospital e o segundo desmistificar a necessidade de um credenciamento com regras rigorosas, pois se um médico é reconhecidamente capaz de fazer uma revisão, não tem cabimento que seja impedido de fazer trabalho idêntico com material cedido por um banco de ossos. Esta há de ser a nossa luta.

'O QUADRIL' é o informativo oficial da Sociedade Brasileira de Quadril, publicação trimestral com tiragem de 9.500 exemplares.

Sociedade Brasileira de Quadril

Rua D. Adma Jafet, 50, 8º andar
São Paulo/SP
CEP 01308-050
Tel: (11) 3129-7686
www.sbquadril.org.br

Presidente da SBQ

Sergio Rudelli

Conselho Editorial:

Ademir Schuroff (PR)
Milton Roos (RS)
Pedro Ivo de Carvalho (RJ)

Comissão Executiva:

André Wever
Edmilson Takata
Henrique M.C. Gurgel
Lucas Leite Ribeiro
Marcelo Queiroz

Jornalista Responsável:

Luiz Roberto de Souza Queiroz
(MTB 8.318)

Textos e edição:

Luiz Roberto de Souza Queiroz
Táta Gago Coutinho

Projeto gráfico:

Alexandre de Paula Campos

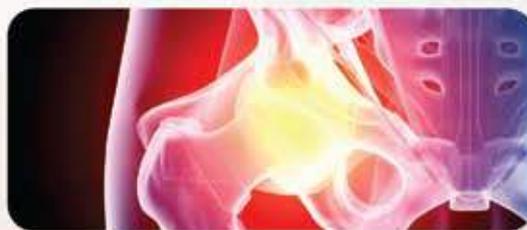
Produção:

LRSQ Comunicação Empresarial
www.lrsq.com.br

As opiniões manifestadas nas entrevistas e nos artigos assinados não refletem, necessariamente, a opinião da diretoria da SBQ.

Reprodução permitida desde que citada a fonte.

ELIQUIS® apixabana



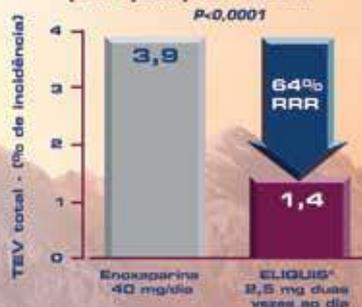
Na prevenção do TEV em artroplastia total de quadril
ELIQUIS® demonstrou eficácia superior versus enoxaparina²

As incidências de TEV sintomático e de TEV com mortes foram baixas e semelhantes às com enoxaparina no estudo ADVANCE-3²

4/2708 pacientes no grupo ELIQUIS® vs.
10/2699 pacientes no grupo da enoxaparina²

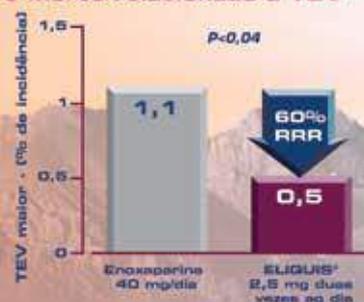
ADVANCE - 3: artroplastia total de quadril (ATQ)

TEV total e morte por qualquer causa^a



RRR: redução do risco relativo

TEV maior e morte relacionada a TEV^a



Adaptado de ref. 2

Contraindicações

Hipersensibilidade à apixabana ou a qualquer componente da fórmula; em casos de hemorragia ativa clinicamente significativa; pacientes com doença hepática associada a coagulopatia e a risco de hemorragia clinicamente relevante.

Interações medicamentosas

Inibidores da CYP3A4 e gpP (cetoconazol, itraconazol; inibidores da protease do HIV; diltiazem; naproxeno), indutores de CYP3A4 e de gpP (rifampicina, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital ou erva-de-são-joão); anticoagulantes, inibidores da agregação plaquetária e AINEs. Em estudos realizados em indivíduos saudáveis, a apixabana não alterou significativamente a farmacocinética da digoxina, naproxeno ou atenolol.

Eliquis® (apixabana) COMPRIMIDOS REVESTIDOS - USO ADULTO. Reg. MS - 1.0180.0400

Eliquis® (apixabana) é um potente inibidor do fator Xa, impedindo o desenvolvimento de trombos. É rapidamente absorvido com tempo médio de início de ação entre 3-4 horas após a tomada. Indicações: prevenção de eventos de tromboembolismo venoso em pacientes adultos que foram submetidos à artroplastia eletiva de quadril ou de joelho. Contraindicações: hipersensibilidade à apixabana ou a qualquer componente da fórmula; em casos de hemorragia ativa clinicamente significativa; pacientes com doença hepática associada à coagulopatia e a risco de hemorragia clinicamente relevante. Advertências e precauções: Insuficiência renal - deve ser administrado com cautela em pacientes com insuficiência renal grave (clearance de creatinina 15 - 29 mL/min) e não é recomendado para pacientes em diálise ou com clearance de creatinina < 15 mL/min; Insuficiência hepática - pode ser usado com cautela em pacientes com insuficiência hepática leve ou moderada (Child Pugh A ou B). Não é recomendado em pacientes com insuficiência hepática grave (vide interações medicamentosas). Pacientes com intolerância à galactose, deficiência de lactase ou má-absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. Risco Hemorrágico: os pacientes devem ser cuidadosamente monitorados em relação aos sinais de hemorragia; uso com precaução em condições de risco aumentado de hemorragia, tais como: distúrbios hemorrágicos congênitos ou adquiridos; doença ulcerativa gastrointestinal em atividade, endocardite bacteriana; trombocitopenia; disfunções plaquetárias; história de acidente vascular cerebral hemorrágico; hipertensão grave não controlada e cirurgia recente cerebral, da coluna vertebral ou oftalmológica. A administração de Eliquis® deve ser interrompida se ocorrer hemorragia grave. Punção ou anestesia espinal/epidural: cateteres por via epidural ou intratecal devem ser removidos pelo menos 5 horas antes da primeira dose do Eliquis®; o risco também pode ser aumentado por punção epidural ou espinal traumática ou repetida. Os pacientes devem ser monitorados com frequência para os sinais e sintomas de comprometimento neurológico (por exemplo, dormência ou fraqueza nas pernas, disfunção da bexiga ou intestino). Antes da intervenção neuroaxial, o médico deverá considerar o potencial benefício versus o risco em pacientes anticoagulados ou em pacientes a serem anticoagulados para tromboprofilaxia. Gravidez - categoria de risco B; não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Interações medicamentosas: inibidores da CYP3A4 e gpP (cetoconazol, itraconazol; inibidores da protease do HIV; diltiazem; naproxeno), indutores de CYP3A4 e de gpP (rifampicina, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital ou erva de São João); anticoagulantes, inibidores da agregação plaquetária e AINEs (vide bula completa). Em estudos realizados em indivíduos saudáveis, a apixabana não alterou significativamente a farmacocinética da digoxina, naproxeno ou atenolol. Reações adversas: os eventos adversos mais frequentes em pacientes no pós-cirúrgico ortopédico que participaram de estudos clínicos controlados foram: anemia (incluindo anemia pós-operatória e hemorrágica e os respectivos parâmetros laboratoriais) e hemorragia (incluindo hematoma e hemorragia via vaginal e uretral) (vide bula completa). Posologia: Uso em adultos: a dose recomendada é de 1 comprimido duas vezes ao dia, por via oral (engolido com água, com ou sem alimentos) e deve ser tomada 12 a 24 horas após a cirurgia. Pacientes submetidos à artroplastia de quadril: a duração do tratamento recomendada é de 32 a 38 dias após a cirurgia. Pacientes submetidos à artroplastia de joelho: a duração do tratamento recomendada é de 10 a 14 dias após a cirurgia. Eliquis® não é recomendado em pacientes submetidos à cirurgia de fratura do quadril (esse uso não foi estudado em ensaios clínicos). Não há necessidade de ajuste de dose em pacientes idosos ou com insuficiência renal leve a moderada. Convertendo de ou para anticoagulantes parenterais: a mudança do tratamento de anticoagulantes parenterais para Eliquis® (e vice-versa) pode ser feita na próxima dose agendada. Superdose: não há antídoto para o Eliquis®; a superdosagem pode resultar em um maior risco de hemorragia. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. (elIQ2) Rev1011.

Referências:

1. ELIQUIS® (apixabana) Bula do Produto
2. Lassen MR et al., for the ADVANCE-3 Investigators. Apixaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis after Hip Replacement. N Engl J Med 2010;363:2487-98.

O Quadril de pai para filho

Filho do ortopedista Milton Roos, o Dr. Bruno D. Roos conta no depoimento abaixo porque escolheu a mesma profissão do pai. Esta foi a história escolhida para inaugurar uma nova coluna.

A Medicina, especificamente a Ortopedia, começou cedo na minha vida. Quando criança, com 4 ou 5 anos, nos fins de semana frequentava os hospitais onde meu pai passava visita aos pacientes. A clínica onde trabalhamos (Pronto Socorro de Fraturas, hoje Hospital Ortopédico de Passo Fundo) ficava então diante do Colégio Nossa Sra. da Conceição, no qual estudei quase toda minha vida. Sempre foi meu 'refúgio' após as aulas, ou quando acontecia alguma intercorrência no recreio (cortes, fraturas e outros traumas). Certamente estes fatos influenciaram inconscientemente minha tendência para a Medicina.

A decisão de fazer vestibular para Medicina veio com força no 3º ano do Ensino Médio, na hora de me inscrever para os concursos. Residia em Porto Alegre, onde estudei no Colégio Rosário, que, por coincidência, foi o mesmo colégio onde meu pai fez o 'Científico'.

Tive a felicidade de ser aprovado em meu

primeiro vestibular na PUC/RS no ano de 2000. Foi lá meu primeiro contato prático com a especialidade e a decisão de fazer residência na área. Em 2006 comecei no Hospital Ortopédico de Passo Fundo, em 2009 fiz a subespecialização em Cirurgia do Quadril e, em 2010 fiz alguns estágios no Brasil e no exterior com colegas que me abriram as portas para novos conceitos de Artroplastia e Artroscopia do Quadril (Paulo Alencar, Ademir Schuroff, Marco Pedroni, Henrique Cabrita, Allan Gross e Thomas Byrd).

Apesar de sua grande dedicação à Ortopedia, meu pai sempre falava de outras atividades às quais é afeito. Creio que sua influência sobre minha escolha foi menos verbal e muito mais pelo exemplo. Minhas irmãs Gabriele e Francine, foram mais influenciadas pelas atividades não médicas e uma é Arquiteta e outra Engenheira.

O fato de trabalharmos juntos, na mesma subespecialidade tem seus prós, e também contras. A vantagem da experiência em uma discussão de casos complexos, o conhecimento da direção a seguir

no âmbito geral da profissão, a análise crítica de conceitos ditos 'modernos' em ortopedia são auxílios importantes. Os prejulgamentos e inevitáveis comparações ocorrem, porém com frequência, mas são superados sem dificuldade.

Neste curto período a que me dedico à profissão, a Cirurgia do Quadril superou as expectativas iniciais. O desenvolvimento da Cirurgia Preservadora do Quadril com soluções para patologias do paciente jovem e as novas opções de superfícies dos implantes ortopédicos são assuntos extremamente recentes e muito entusiasmantes e as novidades estimulantes de todo jovem cirurgião. Nunca esqueço um dos principais conselhos de meu pai, que sempre buscou a inovação na Cirurgia do Quadril, porém com olhar crítico: "É preciso ser muito cauteloso com o que tem menos de 10 anos de história em Ortopedia".

Bruno D. Roos



Dois gerações unidas pelo Quadril

Banco de Ossos: aumento do número de

O aumento do número de revisões de próteses, que tende a crescer ainda mais, torna necessário o cadastramento de maior número de ortopedistas e de hospitais junto aos bancos de ossos, mas muitos especialistas não conseguem se cadastrar diante da complexidade do processo, bastante burocrático e demorado. A opinião é de Emerson Honda, da Santa Casa de São Paulo que, juntamente com Cleber Furlan, da Faculdade de Medicina do ABC, assumiu o 'Projeto Cadastramento ao Banco de Ossos', que está sendo implementado pela nova gestão da SBQ.

O objetivo do Projeto é amplo, conseguir que maior número de ortopedistas se cadastre facilitando o acesso às informações para tal, mostrar às autoridades federais que as dificuldades impostas ao cadastramento estão impedindo o correto atendimento de grande número de pacientes e ampliar a capacidade dos bancos de ossos, pois os seis em funcionamento, todos no Centro-Sul – Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul - precisam fornecer material

Emerson Honda

para operações realizadas em Estados que não contam com bancos, o que sacrifica os estoques existentes, que já são poucos.

Na visão de Paulo Alencar, cujo banco foi o primeiro do Brasil a ser autorizado pelo Ministério da Saúde, "a visão do Ministério da Saúde precisa evoluir um pouco neste aspecto, as Portarias precisam ser atualizadas para aumentar o número de cirurgias que usam os bancos de ossos". Para ele, as exigências da legislação são muito rigorosas, demasiadamente rígidas e sua esperança é que as autoridades, assessoradas pelo INTO, modifiquem a legislação para que maior número de ortopedistas possa se valer da facilidade representada pelos enxertos ósseos.

Na situação atual, muitos ortopedistas e hospitais sequer tentam o credenciamento, depois de informados da experiência negativa dos colegas que, depois de anos de terem dado entrada no processo, tiveram o credenciamento denegado, sem informação do por que.

Também atrasa o credenciamento do médico o fato do hospital em que trabalha não ser credenciado, pois no Brasil se exige o credenciamento da equipe médica e, separadamente, do hospital, que é mais complicado e demorado ainda. Afinal, reclamam os médicos, os dentistas podem trabalhar com enxerto ósseo no próprio consultório e não se explica porque um hospital tem que se submeter a um exigente processo para se credenciar. "Dois pesos, duas medidas", diz Paulo Alencar.

No caso dos ortopedistas, a opinião geral é que exige muito mais responsabilidade e capacitação tirar um enxerto do ílaco do paciente do que usar material de banco, mas a legislação dificulta esse procedimento, sem levar em conta que os ortopedistas são altamente capacitados e que, para que possam usar o título de especialista, se submetem a um dos mais rigorosos exames dentre os das especialidades médicas.

Em São Paulo, o 'Banco de Tecido Musculoesquelético da Santa Casa', que funciona desde 1995, chegou a preparar uma apostila dando o que internamente é chamado de o caminho das pedras, que indica como se cadastrar no 'Sistema Nacional de Transplantes'. É preciso formular o processo de pedido de autorização de equipe e ou estabelecimento, separadamente, preencher o formulário de autorização (check list) na modalidade desejada – órgão, tecido, banco, busca ativa e captação ou retirada de tecido ocular – e para cada item deve-se anexar ao processo uma declaração ou comprovante do que está sendo assinalado e encaminhar o processo à Central de Transplantes do Estado.

Aprovado na Central de Transplantes, que é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, o processo é encaminhado ao SNT que, caso não haja pendências, agenda a vistoria técnica, depois do que o Diário Oficial da União publica a Portaria de Autorização.

Para o credenciamento de um ortopedista, o processo



cadastrados é necessidade premente

demora cerca de três meses, mas o credenciamento de um hospital geralmente é mais demorado. Já para renovação da autorização, o procedimento inclui a apresentação de certidão negativa de infração ética dos membros da equipe, e revisão da nominata que integra a equipe, juntamente com a documentação relativa a eventuais novos membros. Caso a renovação não seja feita três meses antes da data, o credenciamento perde a validade e é necessário recomençar o processo da estaca zero.

Na prática, o caminho é muito mais complexo, o site www.saude.gov.br, do Ministério, não é amigável, no caso de São Paulo o site www.saude.gov.br/transplantes indica como resposta que 'o site não está disponível' e um hospital da Grande São Paulo, ligado a uma Faculdade de Medicina, tentou por quatro vezes o credenciamento da equipe e do hospital e acabou desistindo, depois que o processo se extraviou nos órgãos governamentais e, refeito, não resultou em qualquer resposta. "É impossível sequer rastrear onde e como está o processo e muito menos saber por que não foi aprovado", diz o médico responsável.

Sem solução, o hospital, de grande demanda e fila de espera no setor de Ortopedia tem que dispensar os pacientes que precisam de transplante de osso, crianças com tumores ou adultos que buscam revisão de prótese com o osso já muito prejudicado, que se tornam deficientes crônicos, quando a Medicina tem todas as condições de recupera-

los, mas não pode, por excesso de burocracia.

Falta captação de ossos

Pelo seu tamanho o Brasil tem carência de bancos de ossos, pois o País só conta com o mais antigo, de Curitiba, outro em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, o banco do INTO do Rio de Janeiro, um em Marília, no Interior de São Paulo e dois na cidade de São Paulo, da Santa Casa e do Hospital das Clínicas.

A queixa dos responsáveis por todos os bancos é o baixo número de captações e um dos administradores lembra que "após as novelas de televisão que exploraram o transplante de córnea e a divulgação pela mídia dos transplantes de rim, de coração e de pulmão, tornou-se mais comum a doação de órgãos, mas não doação de ossos, que a maioria da população nem sequer sabe que é possível".

Os bancos tem dificuldade de captar ossos, que geralmente são os ossos longos, fêmur, úmero, ilíaco, entre outros e, mesmo captado, o osso fica em quarentena, congelado no banco, pois são necessários exames acurados para verificar se é hígido, se não há doenças, para só então ser acrescentado ao estoque, explica Paulo Alencar.

Outro problema é decorrente do crescimento da demanda, sem a criação de novos bancos de ossos, o que sobrecarrega os seis bancos existentes. É bastante comum

que uma equipe de um hospital credenciado, mas num Estado que não tem banco de ossos peça o envio de material de um banco paulista ou do INTO que, com isso, passa a ter seu estoque reduzido. Com a dificuldade de conseguir ossos de bancos, o prejudicado é o paciente, insiste Emerson Honda, pois nas revisões frequentemente se usa cimento para refazer o osso destruído, quando o uso de osso seria mais indicado. Ou então se usam os chamados substitutos ósseos que tem custo muito elevado e resultados ainda imprevisíveis.

Por tudo isso a Sociedade Brasileira de Quadril está trabalhando no sentido de aumentar o número de associados credenciados junto aos bancos de ossos, planejar cursos de Revisão e Técnicas com ossos de bancos, e disponibilizar as informações necessárias para o cadastramento, mas também se propõe a procurar as autoridades e mostrar que o excesso de exigências está aumentando a demanda reprimida e impedindo o tratamento de uma parcela da população que poderia voltar a ser ativa e produtiva se pudesse receber o transplante de osso de que necessita.

Cleber Furlan



Outra ideia é criar links onde os ortopedistas possam ter uma espécie de 'vade mecum' que indique, passo a passo, como obter cada um dos muitos documentos que são exigidos para o credenciamento das equipes. Isso apenas amenizará o problema, que pede uma solução ampla, bem discutida e analisada. A SBQ entende que sua missão é promover essa discussão.

A discussão, inclusive com a sociedade, nunca aconteceu, diz Cleber Furlan, envolvido no projeto da SBQ, que também trabalha num hospital que por três anos tentou inutilmente seu credenciamento junto ao Ministério e não o conseguiu, sem jamais receber uma negativa formal ou uma explicação sobre o porquê da paralização do



processo. Como o hospital em que trabalha é de São Paulo e tem todas as condições para usar ossos de bancos com absoluta segurança, mas mesmo assim não consegue vencer a barreira burocrática, ele se pergunta como deve ser muito mais difícil a

tratativa com o Governo quando se trata de um hospital de um Estado menos desenvolvido e conclui: "as dificuldades burocráticas estão impedindo que prestemos os serviços para os quais fomos treinados e estamos capacitados".



Fale Direto com a SBQ



A SBQ abre, com esta nova sessão de 'O QUADRIL', um espaço permanente para que os associados possam

fazer suas colocações, comentários, reclamações ou encaminhar suas sugestões à Diretoria.

O endereço é www.sbquadril.org.br e o primeiro a utilizar o novo canal foi Raul Almeida, de São Luiz, do Maranhão.

O resultado de sua manifestação é a ampla reportagem sobre Banco de Ossos, que você acabou de ler. Aguardamos outras contribuições.

A mensagem do Raul

"Resido e trabalho em São Luiz (MA) e atualmente estou com demanda crescente de casos complexos de revisão com grande perda óssea e necessidade de uso de banco de osso. Sei que este é um problema que assola todo o País e limita a solução para muitos casos.

Gostaria de discutir com a direção da SBQ uma solução para os casos de revisões com grande perda óssea.

Tenho algumas dúvidas:

- Como receber osso de banco para os casos de grande falha óssea?
- A quem solicitar?
- Como solicitar e quem arca com os custos? O convênio? O paciente?
- O que precisamos fazer para criar um banco de osso na nossa cidade?

Desde já agradeço e espero ansiosamente pela ajuda da SBQ".

Raul Almeida - CRM 5702 - EOT 9978
Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Quadril e Joelho - dr.raulalmeida@gmail.com





Metha® - Evoluindo o nível da Artroplastia



O sistema de haste curta de quadril Metha® representa uma nova geração de implantes para quadril. Ela combina três vantagens que facilitam as cirurgias minimamente invasivas: modularidade, tamanho e revestimento circunferencial. O design consiste em uma prótese não cimentada com ancoragem metafisária. O conceito da prótese permite a implantação via base do colo femoral, com tratamento conservatório na região do grande trocanter, preservando osso, ligamentos e músculos.

Enquanto o design da Metha® assegura a estabilidade da carga primária, a cobertura de Plasmapore® μ -CaP na região proximal da prótese auxilia na rápida fixação secundária. O sistema de cone modular proporciona uma melhor estabilidade e mobilidade da articulação de acordo com a anatomia do paciente. Todo esse benefício pode ser visualizado em tempo real com a utilização do Sistema de Navegação Ortopédica - OrthoPilot®, onde no intra-operatório pode ser verificado qual cone e cabeça se adequa melhor a condição do paciente, mostrando os ângulos de rotação interna, externa e flexão e se está encurtando ou alongando o membro operado.

Aesculap - a B. Braun company

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



Laboratórios B. Braun S.A. | Aesculap
S.A.C.: 0800 0227286 | www.orthopilot.com.br

Siga a B. Braun nas Redes Sociais:

[Facebook](#) [YouTube](#) [twitter](#)
/bbraunbrasil | /bbraunbrasil | @bbraunbrasil

Jornada de Cirurgia Preservadora e Artroscopia do Quadril teve 130 inscritos



Foto: Cristiano Sant'Anna/indicefoto.com

Da esquerda para direita: Marcus Crestani, Marco Teloken, Bernardo Aguilera, Bryan Kelly, Martin Beck, Dante Parodi e Paulo Gusmão

A cirurgia preservadora do quadril, voltada para a prevenção e tratamento precoce de doenças com potencial risco de artrose foi o tema central da 'III Jornada de Cirurgia Preservadora e Artroscopia do Quadril', realizada no Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre.

Para o presidente do evento, Marco Teloken, foi uma feliz surpresa o grande número de cirurgiões e fisioterapeutas presentes, o que indica o crescente interesse dos especialistas "nas novas tecnologias e possibilidades de tratamento de pacientes entre a segunda e sexta décadas de vida, sem a utilização de próteses".

Além de renomados especialistas brasileiros, a Jornada contou com a participação do suíço Martin Beck, dos norte-americanos Bryan Kelly e Keelan Ensey, este especialista em reabilitação, do chileno Dante Parodi e do colombiano Bernardo Aguilera.

Realizado nos dias 27 e 28 de abril, o evento foi o fórum de discussões sobre impacto femoroacetabular, lesões do labrum acetabular, displasia do quadril entre outros. Além de novas técnicas e atualização sobre procedimentos preservadores que incluem a artroscopia do quadril, osteotomias da pelve e do fêmur. Marco Teloken lembra que os sintomas relacionados com o quadril merecem sempre ser

investigados justamente para que o diagnóstico precoce possa ser estabelecido.

Enfatiza, todavia, que cada vez mais os ortopedistas estão recebendo em seus consultórios pacientes mais jovens com problemas com potencial risco de progredir para a artrose. "São atletas de alta performance ou amadores, jogadores de futebol, tenistas, praticantes de artes marciais, bailarinas com pequenos problemas, que podem se agravar ao longo dos anos. A 'III Jornada de Cirurgia Preservadora e Artroscopia do Quadril' teve como objetivo justamente trazer aos ortopedistas brasileiros a mais completa informação sobre o diagnóstico e o tratamento desses problemas. 

Auditório lotado no Congresso Internacional

O grande auditório do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, em São Paulo, ficou lotado para o 'XIII Congresso Internacional em Cirurgia Avançada do Quadril', que teve cerca de 300 ortopedistas de todo o Brasil inscritos, parte dos quais participou igualmente dos dois workshops que ocorreram simultaneamente.

O evento, coordenado por Sergio Rudelli e Emerson Honda teve o apoio de várias empresas do setor, que montaram seus estandes no saguão do IEP, entre as quais a Bayer, Zimmer, Lima, Stryker, Proind, além da presença de um grande estande da Livraria Rebramed Livros Científicos, com mais de 80 títulos de obras sobre Ortopedia e Quadril, cujo responsável comemorou as boas vendas que realizou.

Além dos palestrantes nacionais, seis conferencistas internacionais participaram do evento, Rafael Sierra, da Mayo Clinic, Roberto Giacometti, do Instituto Ortopédico Galeazzi, de Milão, Tim Chesser, da University of Bristol, Graham Gie, John Timperley e John Charity, do hospital Princess Elizabeth.



Fotos: Fabio Moreira Salles

Workshop de revisão com enxerto impactado PTQ



Sergio Rudelli e Emerson Honda, os coordenadores.



José Carlos Afonso Ferreira, Pedro Ivo de Carvalho e Emílio de Almendra Freitas, num raro momento de descontração.

A programação de três dias foi tão intensa, que cada palestrante tinha apenas 15 minutos para expor seu tema, entre os quais o tratamento das fraturas trocaterianas, a cirurgia artroscópica como opção para retardar ou evitar a indicação de uma prótese total, a técnica de cimentação e sua importância clínica, a experiência com prótese total metal x metal, os resultados da prótese Exeter no mundo, a recriação da biomecânica do quadril com próteses cimentadas, além de quatro mesas-redondas sobre prótese primária do quadril, revisão de PTQ, cimentada x não cimentada nas primárias e nas revisões de PTQ e patologias incomuns na indicação de prótese total do quadril.

O workshop do primeiro dia foi sobre 'Prótese Primária Exeter', e contou com a participação de Graham Gie, Emerson Honda, John Charity e Rodrigo Guimarães e o tema do segundo dia foi 'Revisão com enxerto impactado na prótese total do quadril', com John Timperley, Emerson Honda, John Charity e Rodrigo Guimarães.



Regionais

Centro-Oeste

Para reduzir complicações, a Regional quer capacitar mais ortopedistas



O presidente da Regional Centro-Oeste, Ernesto Rodrigues Gama, comprovou que em alguns Estados em que há reduzido número de ortopedistas especializados em quadril, as operações têm sido feitas por médicos sem essa especialização, profissionais que fazem menos de 10 intervenções desse tipo por ano e o resultado é que é bem maior que o esperado o número de complicações.

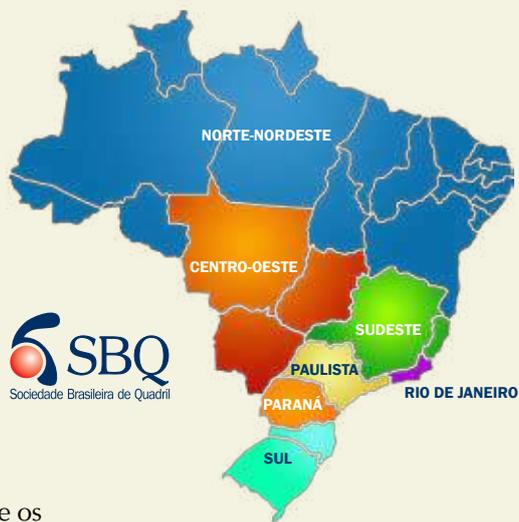
A conclusão levou a Regional, cuja sede acaba se mudar para Brasília, a programar cursos para melhorar a capacitação dos ortopedistas e a primeira iniciativa é o minicongresso de 15 e 16 de junho, que incluirá um 'Curso

de Cirurgia do Quadril' com conferencistas escolhidos entre os maiores especialistas brasileiros.

Gama conta que no Distrito Federal há uma dúzia de cirurgiões especializados em quadril, em Goiânia outros oito, mas em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, que integram a Regional, os especialistas não passam de três em cada Estado, o que gera a distorção identificada, ortopedistas não especializados operando num procedimento que exige grande capacitação.

Como preceptor e chefe da Cirurgia de Quadril do Hospital de Base de Brasília, o mais importante da região, Gama faz em média seis cirurgias por semana, o que deixa claro que mesmo em Brasília a demanda é por mais especialistas do setor.

Preocupado com a Educação Continuada, que é a base da sua gestão que começou há pouco, Ernesto Gama criou uma agenda para dois anos e conta com o apoio e ajuda de alguns colegas de Brasília que assumiram a causa com entusiasmo, principalmente depois do sucesso



da programação online de 8 de março, quando de Brasília eles passaram um caso para o evento da Regional Paulista, na forma de videoconferência.

"Deu muito certo", comemora Gama, para quem o caminho para difundir junto aos ortopedistas gerais a necessidade de aprendizagem e reciclagem constante, foi justamente essa abertura tecnológica iniciada em São Paulo. "Nossa ideia é que o cirurgião precisa aumentar sua capacitação e por isso já estamos planejando outro evento, em setembro, durante a 'Semana do Residente', que tradicionalmente marca o aniversário do Hospital de Base". Para essa 'Semana', promete levar a Brasília um convidado de altíssimo nível e a ideia é convidar os ortopedistas dos Estados mais próximos, oferecendo uma Educação Continuada de alto nível, que torne os ortopedistas da região tão atualizados e capacitados como os dos Estados mais desenvolvidos.

Paulista



O auditório da primeira Jornada Itinerante da Regional Paulista.

Marília terá Jornada itinerante do Quadril dias 22 e 23 de junho

A programação da Regional Paulista da SBQ inclui nos dias 22 e 23 de junho uma 'Jornada Itinerante' a ser realizada no 'Sun Valley Park Hotel' na Rua Aimorés, 501, em Marília.

A programação completa pode ser acessada no site [www.](http://www.sbquadril.org.br)

sbquadril.org.br, no ícone 'SBQ Paulista'. O evento se inclui na programação anual da Regional, que teve como última promoção a 'Jornada' em São José do Rio Preto, realizada em meados do mês de abril.

Rio de Janeiro

A Regional Rio de Janeiro realiza nos anos pares o tradicional 'Congresso de Artroplastia', em julho. Pela qualidade científica, o evento atrai cirurgiões do quadril de vários Estados e nele estão sempre representadas as principais faculdades e serviços de ortopedia do País. A Regional está mobilizada, também, para viabilizar ainda este ano um curso com cirurgia de cadáver e já trabalha na preparação do 'Congresso de Itaipava', que ocorre nos anos ímpares e no ano passado, excepcionalmente, teve lugar juntamente com o 'Encontro Rio/Minas de Cirurgia do Quadril'. O 'II Encontro' será no segundo semestre.

Com vários projetos, o presidente da Regional, Eduardo Rinaldi Regado, precisa do apoio de sua equipe, que inclui o vice-presidente Arlindo Rincon de Freitas Júnior, o diretor-científico Bernardo Cury Fernandes e o secretário Liszt Palmeira, e pretende formar um Conselho Consultivo, no qual reunirá cinco ex-presidentes da Regional. "Esse Conselho será útil no apoio às questões técnicas e logísticas dos eventos, sempre complicadas", e também na interface à SBQ nacional.

Um dos projetos que movimenta toda a Diretoria da Regional é mudar as 'Jornadas Mensais', realizadas na segunda terça-feira de cada mês, de março a dezembro, e se pretende que incorporem a ferramenta da videoconferência. A ideia é levar a grande experiência dos diversos serviços de cirurgia do quadril de vários Estados a ser compartilhada, o que pressupõe que nas cidades mais distantes da Capital haja oportunidade de ouvir apresentações dos grandes cirurgiões e de debater online.

Dos 70 associados da Regional, uma vintena frequenta os eventos, mas Eduardo Rinaldi

acredita que, ao incrementar a programação científica e incluir a interatividade via internet certamente atrairá mais gente.

Segundo o presidente da Regional, o desafio que a Diretoria assumiu é de "agregar e estimular os especialistas a uma participação mais ativa, ajudar a formação de novos especialistas em cirurgia do quadril e levar à inserção na SBQ de todos que trabalham na área, mas ainda não estão ligados à entidade". Entende que urge ter uma Regional forte, para ter voz ativa na solução dos problemas, um dos quais a dificuldade do exercício da profissão que, na área do quadril, envolve alto custo de material, dificuldades no relacionamento com alguns convênios e com a Saúde Pública.

A Secretaria da Saúde do Estado tem sido sensível às necessidades dos cirurgiões de quadril, afirma, tanto que nos anos recentes equipou e providenciou materiais específicos para essa área da Ortopedia, e diversos hospitais estaduais vêm realizando procedimentos em cirurgia de quadril, destacando-se a redução das filas para artroplastia primária.

As cirurgias mais complexas do SUS, como revisão do quadril, contam com a grande estrutura da nova sede do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO, federal, inaugurada no final do ano passado.

Na visão do presidente da Regional fluminense, embora a Saúde Pública tenha avançado muito recentemente e os ortopedistas agradecem o esforço inegável que vem sendo feito, "ainda enfrentamos grande dificuldade para lidar com casos de infecção, também pela necessidade de prolongado período de internação e carência de leitos e persistem longas filas para procedimentos eletivos".

Eduardo Rinaldi ressalta que o INTO, numa atitude de vanguarda, organizou a fila online, o que deu transparência ao processo, mas os ortopedistas precisam continuar pressionando tanto para vencer as dificuldades junto aos convênios, relativas a conseguir leitos para casos de urgência, como na "eterna luta por melhor remuneração, já que se recebe muito aquém do merecido para uma atividade tão complexa como do cirurgião ortopédico". 

São sete as Regionais da SBQ.

Anote os contatos:

Regional Norte/Nordeste

presidente Robson Vasconcelos Alves - robson.ortopedista@hotmail.com

Regional Centro-Oeste

presidente Ernesto Rodrigues Gama - drernestorg@hotmail.com

Regional Sudeste

presidente Edson Barreto Paiva - edsonbarretop@hotmail.com

Regional Rio de Janeiro

presidente Eduardo Rinaldi - eduardorinaldi@oi.com.br

Regional Paulista

presidente Giancarlo Polesello - giancarlopolesello@hotmail.com

Regional Paraná

presidente Marcio Pozzi - mrpozzi@uol.com.br

Regional Sul

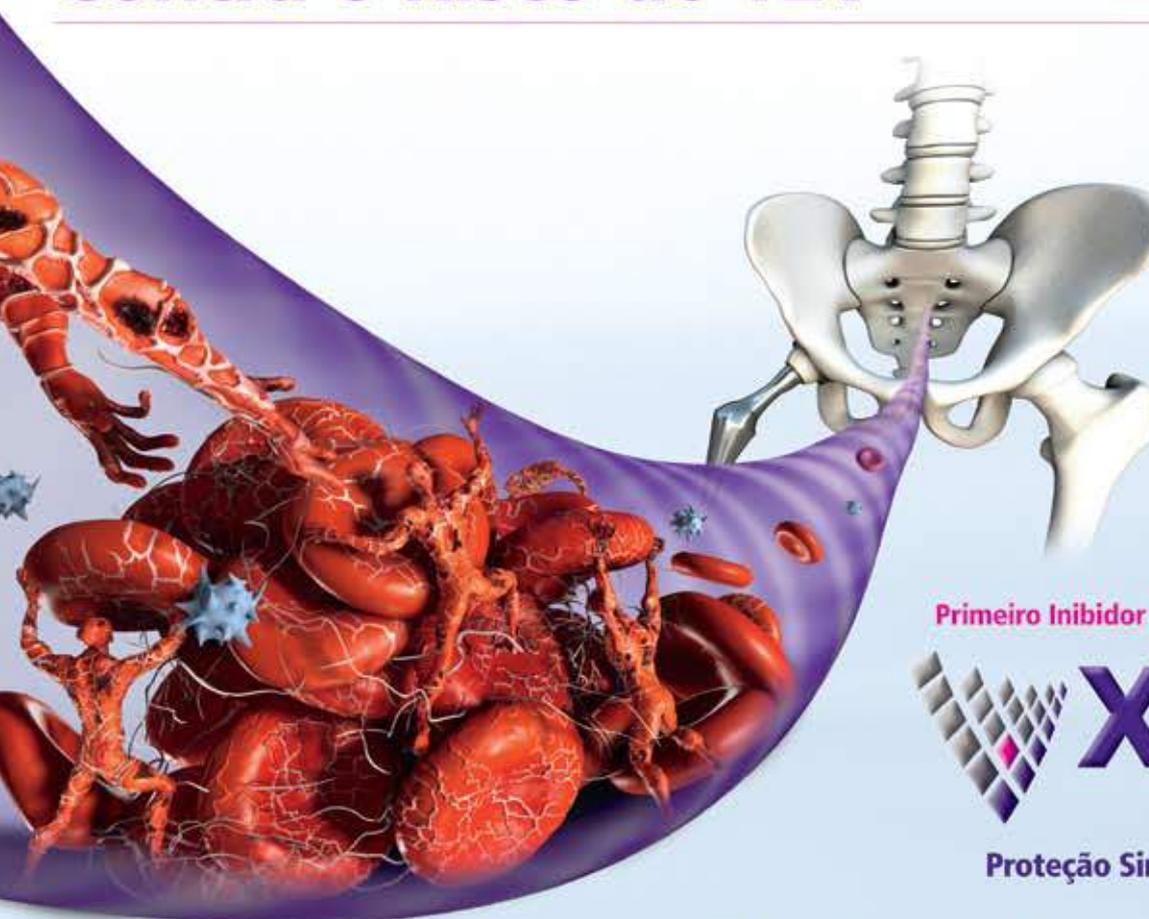
presidente André Kruel - akruel@terra.com.br



XARELTO®, ORAL uma vez ao dia: Uma nova era na anticoagulação

Novo Quadril, Nova Forma de Proteção

Contra o Risco do TEV^{1,2,3,4}



Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL



Xarelto®
rivaroxabana

Proteção Simples para Mais Pacientes

www.portaldatrombose.com.br
www.xarelto.bayer.com.br

XARELTO®: RIVAROXABANA 10 MG/15 MG / 20 MG. REG. MS 1.7056.0048.

INDICAÇÃO: PREVENÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E EMBOLIA SISTÊMICA EM PACIENTES ADULTOS COM FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA) NÃO-VALVULAR COM UM OU MAIS FATORES DE RISCO, TAIS COMO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTENSÃO, > 75 ANOS DE IDADE, DIABETES MELLITUS, AVC ANTERIOR OU ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO. TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E PREVENÇÃO DE TVP RECORRENTE E EMBOLIA PULMONAR (EP) APÓS TVP AGUDA EM ADULTOS. **CONTRAINDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER EXCIPIENTE; SANGRAMENTO ATIVO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO; DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA COM COAGULOPATIA E RISCO DE SANGRAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE; GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** NÃO RECOMENDADO EM PACIENTES RECEBENDO TRATAMENTO SISTÊMICO CONCOMITANTE COM CETOCONAZOL, RITONAVIR, DRONEDARONA; EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLEARANCE DE CREATININA < 15 ML/MIN); EM PACIENTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE OU COM VÁLVULAS CARDÍACAS PROTÉTICAS. USO COM CAUTELA EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLEARANCE DE CREATININA 15 - 29 ML/MIN) OU COM COMPROMETIMENTO RENAL TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM POTENTES INIBIDORES DA CYP3A4; EM PACIENTES TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM PRODUTOS MEDICINAIS QUE AFETAM A HEMOSTASIA OU COM POTENTES INIBIDORES DA CYP3A4; EM PACIENTES COM RISCO ELEVADO DE SANGRAMENTO; EM PACIENTES EM RISCO DE DOENÇA GASTROINTESTINAL ULCERATIVA. TRATAMENTO PROFILÁTICO APROPRIADO PODE SER CONSIDERADO. MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTI-OCOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. XARELTO CONTÉM LACTOSE. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** ANEMIA, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTROINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DIARREIA, NÁUSEA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, VÔMITO, PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVADO DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. **POSOLOGIA:** PARA PREVENÇÃO DE AVC EM FA, A DOSE RECOMENDADA É DE 20 MG UMA VEZ AO DIA. PACIENTES COM DISFUNÇÃO RENAL MODERADA (CLCR < 50 - 30 ML/MIN) DEVEM INSERIR UM COMPRIMIDO DE 15 MG DE XARELTO® UMA VEZ AO DIA. TRATAMENTO DO TEV: A DOSE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICIAL DA TVP AGUDA É DE 15 MG DE XARELTO® DUAS VEZES AO DIA PARA AS TRÊS PRIMEIRAS SEMANAS, SEGUIDO POR 20 MG UMA VEZ AO DIA PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO E, PARA A PREVENÇÃO DE TVP E EP RECORRENTE, XARELTO® 15 E 20 MG DEVEM SER INGERIDOS COM ALIMENTOS. PROFILAXIA DE TEV APÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATQ) E JOELHO (ATJ): A DOSE RECOMENDADA É DE 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. OS PACIENTES DEVEM SER TRATADOS POR 5 SEMANAS APÓS ATQ OU POR DUAS SEMANAS APÓS ATJ. A DOSE INICIAL DEVE SER TOMADA 6 A 10 HORAS APÓS A CIRURGIA, CONTANTO QUE TENHA SIDO ESTABELECIDO A HEMOSTASIA. **CLASSIFICAÇÃO PARA FORNECIMENTO:** PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA.

REFERÊNCIAS: 1. ERIKSSON BJ, BORRIS LC, FRIEDMAN RJ, HAAS S, HUISMAN MN, KAWARAKI K, BANDEL TJ, BECKMANN H, MUEHLHOFER E, MISSELWITZ F, GEERTZ VI, RECORD 1 STUDY GROUP. RIVAROXABAN VERSUS ENOXAPARIN FOR THROMBOPROPHYLAXIS AFTER HIP ARTHROPLASTY. N ENGL J MED. 2008;JUN; 26 358 (26):2765-75. 2. KAWARAKI K, BRENNER B, DAHL DE, ERIKSSON BJ, MOURET P, MUNTZ J, SOGLIANIG, PAP AF, MISSELWITZ F, HAAS S, RECORD 2 INVESTIGATORS. EXTENDED DURATION RIVAROXABAN VERSUS SHORT-TERM ENOXAPARIN FOR THE PREVENTION OF VENOUS THROMBOEMBOLISM AFTER TOTAL HIP ARTHROPLASTY: A DOUBLE-BLIND, RANDOMISED CONTROLLED TRIAL. 2008 JUL; 5 372 (9623):31-9. 3. LASSEN MR, AGNIO W, BORRIS LC, LIEBERMAN JR, ROSENCHER N, BANDEL TJ, MISSELWITZ F, TURPPE AG, RECORD 3 INVESTIGATORS. RIVAROXABAN VERSUS ENOXAPARIN FOR THROMBOPROPHYLAXIS AFTER TOTAL KNEE ARTHROPLASTY. N ENGL J MED. 2008 JUN; 26 358 (26):2776-86. 4. TURPPE AG, LASSEN MR, DAVIDSON BL, BAUERKA, GENT M, KWONG LM, CUSHNER FD, LOTNE PA, BERKOWITZ SD, BANDEL TJ, BENSON A, MISSELWITZ F, FISHER WD, RECORD 4 INVESTIGATORS. RIVAROXABAN VERSUS ENOXAPARIN FOR THROMBOPROPHYLAXIS AFTER TOTAL KNEE ARTHROPLASTY (RECORD 4): A RANDOMISED TRIAL. LANCET. 2009 MAY; 16 373 (9676):1673-80.

CONTRA-INDICAÇÃO: DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO OU INIBIDORES DAS PROTEASES DO HIV.

L.BR.GM.2012-05-0725



Material destinado exclusivamente a classe médica.
Para mais informações consulte a bula do produto ou a BAYER S.A. - produtos farmacêuticos. Rua Domingos Jorge, 1100 - São Paulo - SP - CEP: 04779-900
www.bayerpharma.com.br



Quimioprofilaxia do TEV em ATQ: AAOS ou ACCP?

Luiz Sérgio Marcelino Gomes*

Ainda que todos reconheçamos a artroplastia total de quadril (ATQ) como um dos procedimentos cirúrgicos de melhor relação custo benefício, seu grande sucesso está ligado ao alívio da dor e melhora da função em pacientes portadores de distúrbios destrutivos do quadril. Assim, seu sucesso está intimamente ligado à melhora da qualidade de vida do paciente. Desta forma uma ATQ bem realizada tecnicamente pode ser considerada um insucesso caso o doente apresente infecção, TEV ou quaisquer complicações que comprometam o motivo principal do ato operatório, ou seja, a melhora da qualidade de vida.

Portanto, a redução de complicações do procedimento é uma obrigação do cirurgião. Conseguimos reduzir a taxa de infecção de cerca de 9% na era Charnley, para cerca de 0.5-0.8% nos dias atuais, os designs protéticos modernos e a tribologia têm contribuído em muito para a redução da incidência de soltura e osteólise. A ocorrência de TEV sintomático reduziu de uma frequência de 2-5% para cerca de 1.5% com a quimioprofilaxia através da utilização da heparina e derivados, assim como pelos inibidores da vitamina k, esta última de uso ainda frequente nos Estados Unidos, que possibilitou o uso oral e assim aumentou a adesão à profilaxia a ser mantida por cerca de 30 dias. Contudo, a ocorrência de sangramento, sobretudo no sítio cirúrgico, tem sido uma preocupação constante do cirurgião. Estes aspectos originaram divergências na conduta profilática do TEV com anticoagulantes entre a ACCP (American College of Chest Physicians) que preconiza o uso rotineiro de anticoagulantes na prevenção do TEV em ATQ e a Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos (AAOS) que sugere estratificação de risco e utilização de prevenção mecânica associada ao uso de ácido acetil salicílico. A AAOS argumenta ainda sobre a relação questionável entre TVP assintomática e embolia pulmonar, tão abordada nos ensaios clínicos patrocinados pela indústria.

Em relação a estas divergências as evidências nos mostram que:

1. Os estudos de eficácia dos anticoagulantes já demonstraram exaustivamente que a redução da incidência de embolia pulmonar acompanha a redução da taxa de TVP (sintomática ou assintomática). É evidente que sem trombo não há embolia. Acresce-se a isto a existência da embolia pulmonar assintomática, uma vez que estudos de autópsia mostram que a embolia pulmonar fatal pode ser a única manifestação de TEV. Pelo fato da diferença de incidência de TVP (sintomática e assintomática) ser bastante superior ao da embolia pulmonar, os estudos que avaliam a TVP como desfecho, não tem potencia suficiente para detectar

a redução de embolia pulmonar, no mesmo ensaio. Como exemplo, para se detectar a redução de embolia pulmonar de 0.8% para 0.5% seriam necessários estudos randomizados com cerca de 30.000 pacientes. Por este motivo se utiliza a TVP como critério de desfecho.

2. Ainda que o tratamento com anticoagulantes já tenha reduzido a incidência de TVP sintomática, esta complicação ainda é a mais frequente no período pós-operatório imediato. Uma pesquisa, não patrocinada pela indústria, realizada entre cerca de 70.000 pacientes submetidos à ATQ nos EUA mostrou a incidência de TVP de 1.05%, Luxação 0.80%, infecção 0.49% e soltura mecânica 0.22%. Estudos mais recentes mostram ainda que os novos anticoagulantes orais são mais eficazes na redução da incidência de TVP pós ATQ em relação ao tratamento padrão com enoxaparina. O ácido acetil salicílico não tem efeito maior que o placebo na prevenção de tromboembolismo venoso.

3. Sobre a segurança, preocupa o cirurgião a ocorrência de sangramento cirúrgico, que pode levar a formação de hematoma, complicações da ferida cirúrgica e eventualmente evoluir para infecção profunda. Contudo os estudos clínicos são imprecisos na definição de sangramento e agregam em um mesmo universo várias situações que podem aumentar a perda sanguínea intra e perioperatória. Recentemente, em um estudo longitudinal padronizado para técnica cirúrgica e critérios de transfusão, constatamos que a perda sanguínea perioperatória, transfusões sanguíneas e complicações da ferida cirúrgica podem ser drasticamente reduzidas pela hemostasia adequada durante o ato operatório.

4. Estes conceitos têm influenciado a utilização de anticoagulantes em todo o mundo. De acordo com o Registro de Artroplastia de Quadril do Reino Unido a taxa de profilaxia com anticoagulantes aumentou de 63% em 2007 para 87% em 2010.

Desta forma devemos nos conscientizar que não deve servir de conforto ao cirurgião o fato de que a artroplastia total do quadril tenha sido bem realizada tecnicamente e está funcionando, em um paciente com limitações resultantes de complicações pós-operatórias. Assim devemos lembrar que o motivo primeiro do paciente e do cirurgião optar pela cirurgia é o de melhorar sua qualidade de vida, e, portanto temos que zelar igualmente pela redução das complicações gerais associadas ao procedimento.

*** O Prof. Dr. Luiz Sérgio Marcelino Gomes faz parte do Advisory Board International da Bayer HealthCare para os estudos com rivaroxabana.**

Trabalhar a informação médica ao ponto de publicá-la, o desafio de Everardo

Mesmo tendo decidido não atender mais a pacientes há dez anos, o oncologista clínico Everardo Saad está mais voltado para a Medicina do que nunca, mas centrado para uma área ainda pioneira no Brasil, a pesquisa clínica, uma das especialidades de sua empresa, a 'Dendrix', que tem ajudado centenas de médicos, entre eles ortopedistas especializados em quadril, a levantar e explorar os dados que se acumulam de forma meio caótica nos prontuários e ultimamente nos computadores.

Além de oferecer marketing científico, fazer publicações médicas, se envolver com Educação Continuada e inteligência de mercado, áreas necessárias para o médico, na qual muitos profissionais se acham desconfortáveis, Everardo se dedica à Pesquisa Clínica, dentro da qual trabalha com estatística médica, que é o 'bicho-papão' para os novos pesquisadores. Sua empresa produz ainda fichas clínicas, protocolos e artigos científicos.

“Brasileiro faz pouca pesquisa”

A visão do especialista é que embora se fale no crescimento da pesquisa brasileira, o fato é que “o brasileiro ainda faz pouca pesquisa relevante no

cenário mundial, pois na grande maioria dos casos a pesquisa é desenvolvida no exterior e no Brasil apenas implementamos os protocolos que nos chegam prontinhos para serem aplicados”.

Polêmico, Everardo garante que “não está aumentando a qualidade do trabalho de pesquisa brasileiro, apenas a quantidade”, ao menos quando se considera esse aumento de maneira relativa ao resto do mundo, à medida que os médicos brasileiros em geral funcionam como o braço da pesquisa, mas não como o cérebro. Seu trabalho tem sido ajudar os médicos a conceberem pesquisas originais e os hospitais e clínicas a trabalharem a informação médica a ponto de poder torná-la competitiva para publicação em periódicos internacionais.

Para ele, o Brasil tem sido valorizado pela grande quantidade de pacientes, por isso pesquisadores e empresas do exterior querem aplicar suas pesquisas aqui, mas sem, necessariamente, dar ao pesquisador brasileiro posição de destaque na concepção e na análise dos estudos. Everardo trabalha para mudar essa situação, por julgar que a concepção e a análise são as fases mais importantes do ponto de vista científico.

Registro sistematizado

Aos médicos interessados em se preparar para o futuro, Everardo dá o *caminho das pedras* e assevera que já há associados da SBQ trilhando essa via:

1) Registrar os casos de maneira sistematizada e definir quais informações quer de cada paciente. “Colher dados de menos leva a arrependimento futuro, dados demais, desmotiva e custa caro”.

2) É vital conversar com os colegas, definir em conjunto quais as informações que todos levantarão dos pacientes. Mas é preciso que seja um número administrável de dados.

3) Para uma pesquisa específica, o primeiro passo é voltar ao prontuário e selecionar os pacientes candidatos a entrar no trabalho, checar as informações e ir buscar o que falta - se faltar.

4) Padronização é vital. Os médicos devem promover um 'brain storm' sobre o que é importante, garantir a colaboração e arranjar patrocínio, pois a indústria de próteses, por exemplo, terá o maior interesse em patrocinar esse tipo de estudo.

5) Ter em mente que o trabalho principal para a pesquisa das doenças de cada especialidade não é a montagem do banco de dados, até de um banco macro, mas garantir a alimentação do banco de dados.

6) Entender que abastecer o banco de dados não é trabalho para as horas vagas, vai exigir horas e horas produtivas e exaustivas.

7) Escolher objetivos factíveis, pois “o fator limitante não é a tecnologia, é o tempo do médico”. A recomendação é planejar para ter rapidamente alguns tipos de resposta. Conseguir resultados a curto prazo que animam, pois as respostas mais complexas sempre demoram e só se conseguem com muito tempo.

8) Conscientizar-se que o enfoque é a Pesquisa, não a Informática, que é um meio, não o fim.

Se esse caminho for seguido, Everardo Saad tem certeza de que a Medicina brasileira passará a fazer pesquisa relevante, introduzirá elementos novos no conhecimento científico e aí se inverterá o caminho, “será no exterior que os pesquisadores farão os testes para confirmar o que foi pesquisado aqui”.



Everardo Saad e a bióloga Eloísa Sá Moreira

Levantar o dado é difícil

Exemplo no campo do quadril, todo especialista com mais de uma década na profissão tem uma imensa base de dados, mas parte registrada em fichas manuscritas, os dados mais recentes no computador, o que geralmente não facilita muito, pois para saber os resultados de longo prazo em seus pacientes, o médico ou seu auxiliar precisam abrir ficha por ficha, encontrar o ano da colocação da prótese, o ano da revisão, fazer a subtração manualmente, escrever o dado e passar para a próxima ficha.

“Imagine a dificuldade quando a pergunta é mais complexa, se implica na correlação entre informações ortopédicas e outros problemas do paciente, tais como idade, diabetes e cardiopatias”. O tempo gasto para o levantamento é tão grande, diz ele, que o médico geralmente desiste.

Como o Brasil está atrasado no que se refere à pesquisa em várias áreas, Everardo se dedica a ajudar os futuros pesquisadores a desenharem seus estudos, a fazerem a concepção intelectual de o quê pesquisar e com que objetivo e, para isso, repete incansavelmente, “os recursos são um meio, não o fim”. Assim, ele quer dizer que recursos financeiros, equipamento de laboratório e computadores ajudam, mas não existe pesquisa sem a pergunta científica e o planejamento de como colher e analisar dados, a especialidade de sua empresa.

“A pesquisa inovadora e bem feita é necessária em todos os setores”, diz, tanto que além de médicos tem como clientes biólogos e a indústria farmacêutica, sua maior demanda. Uma pesquisa bem feita com 500 pacientes que usaram determinado medicamento pode ser vital para a

indústria, mas para que realmente valha a pena a relação custo-benefício, o que é preciso não é só verba, como pensa muita gente, é ter a criatividade científica, olhar o tema com a ótica certa, fazer as perguntas corretas, buscar as respostas objetivas, desenhar os estudos, analisar os dados e escrever os artigos.

A propósito, embora haja gente que veja Everardo como especialista em Informática, diz que não entende mais de computador do que a média da população. “Eu ganho a vida é escrevendo”, afirma, mas a verdade é que ganha a vida ensinando os médicos a escreverem.

“Escrever é preciso”

O especialista ensina que pesquisar é difícil no Brasil porque, ao contrário dos Estados Unidos e Japão, por exemplo, com exceção de poucos hospitais, o médico não é cobrado pelos hospitais, não é obrigado a registrar, a documentar o encontro com o paciente. “Em qualquer consulta, o médico conversa, conversa e de vez em quando faz uma anotação, quase um lembrete resumido na ficha”. A longo prazo, quando precisar informações detalhadas para um trabalho científico, não terá onde procurar a informação. A situação é diferente nos EUA, onde o profissional precisa apresentar tantos detalhes sobre o atendimento à instituição, que pode gastar mais tempo preparando a ficha do que atendendo o paciente.

Everardo garante que a mudança cultural vai ocorrer e o primeiro sintoma são os Registros, que começam a ser feitos. A Cardiologia já preparou três e a SBQ está decidida a produzir os primeiros nessa gestão, diz, para citar apenas exemplos recentes. Aos poucos os médicos começarão a registrar mais informações, a caminhar lentamente na direção dos grandes bancos de dados que são seus sonhos e que permitirão pesquisas originais valiosas, que os pesquisadores brasileiros se orgulharão de apresentar nos congressos internacionais.

A evolução vai se tornar mais rápida à medida que o computador, hoje usado na maioria dos consultórios apenas para aspectos administrativos, se tornar uma ferramenta mais eficiente. A prova da mudança é que alguns poucos médicos já atendem o paciente com o computador ligado e digitam as informações, ao invés de anotarem manualmente. Hospitais como o Sírio-Libanês e o Einstein já adotaram o prontuário eletrônico, mas o Brasil ainda não tem o correspondente à ‘Joint Commission’ dos hospitais americanos.



Haste modular x haste monobloco, os ortopedistas discutem suas preferências

A haste monobloco é geralmente a primeira escolha para uma revisão em detrimento da haste modular, segundo quatro experientes ortopedistas brasileiros. Todos afirmam que entendendo a aplicabilidade de cada desenho e começando por um planejamento pré-operatório bem executado, a escolha do implante será essencial para o sucesso pós-cirúrgico e restabelecimento do paciente.

Para darem sua opinião sobre o uso da haste monobloco e modular, foram convidados para comentar sobre suas práticas em revisão os cirurgiões ortopédicos Fernando Pina Cabral, que ficou à frente do Departamento de Cirurgia do Quadril do INTO por mais de uma década e que consta em sua vivência clínica mais de mil revisões; Paulo Alencar, cirurgião do Hospital de Clínicas de Curitiba, que montou o primeiro banco de ossos reconhecido pelo Ministério da Saúde. Falando de São Paulo, Edmilson Takata, ortopedista da Escola Paulista de Medicina, e cuja experiência em quadril ultrapassa 20 anos de prática e Lucas Leite Ribeiro, assistente do Grupo de Patologias do Quadril da Unifesp, para quem o medo da fratura da haste modular, “é um mito que não tem sentido após a evolução tecnológica na fabricação dessas hastes”.

A discussão sobre o tipo de haste para revisão ganha importância à medida que os especialistas preveem um crescimento exponencial das revisões. Para Edmilson Takata, “o que acontece nos países desenvolvidos se repete no Brasil

com anos de atraso e vemos que na Europa, que envelheceu rapidamente, se multiplicaram os casos de revisões”. Pina Cabral acrescenta que se multiplicam “porque as próteses primárias do passado levavam a maior perda óssea e hoje estamos trocando próteses de 15 anos ou mais”.

As primeiras, na década de 80

Os entrevistados vivenciaram o início e a evolução das hastes de revisão. Pina Cabral foi treinado por Heinz Wagner, que inventou a haste monobloco, que leva seu nome, e assim como Lucas Leite Ribeiro e Paulo Alencar preferem esta haste por ter superfície preparada para a osteointegração, um formato cônico que impede a migração distal e aletas que evitam a rotação, tornando-a muito estável. Aperfeiçoada para melhorar a angulação da parte proximal, há 80 mil dessas próteses implantadas e lembra que só a Zimmer, um dos maiores fabricantes de implantes ortopédicos, está há 20 anos neste mercado e produzindo cada vez mais.

Para o caso clínico de grande perda óssea, a haste modular é boa opção, lembra Paulo Alencar, que confessa: “embora a prótese modular seja de mais fácil aplicação técnica, inicialmente houve relato de casos de quebra de material”. Quinze anos depois de operar os primeiros casos, com haste modular de Wagner, “nunca tive que trocar uma prótese por soltura e fico devendo um elogio a esse material.” Atualmente



Pina Cabral



Paulo Alencar

tem utilizado cada vez mais hastes modulares. Todos concordam que o avanço tecnológico tornou a haste modular muito mais segura, fato comprovado pela casuística dos médicos, onde não houve registro de soltura ou fratura de nenhum componente das hastes modulares não cimentadas.

A opção pela haste monobloco ou haste modular depende do planejamento pré-operatório, diz Pina Cabral, e deve ser feito com muito cuidado. É durante o planejamento que se decide que prótese usar e Takata lembra que há pouca oferta de prótese intercambiável no mercado. Dependendo do caso, afirma: “a opção pela haste modular é importante quando a perda óssea é significativa”. É também a colocação de Pina Cabral, que lembra os casos em que “quando a parte proximal está insuflada, a prótese fica solta, então é preferível a opção modular”. Mesmo assim o cirurgião confirma que a usou raras vezes.



Edmilson Takata



Lucas Leite Ribeiro



Wagner SL®



Antetorção de até $\pm 40^\circ$



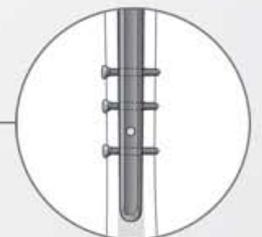
Revitan®



Conexão multiligã -
 Alta resistência mecânica
 resolvendo o risco
 de fratura



Haste Reta ou Curva -
 Fixação tripla ou Distrital



Bloqueio distal
 estática e dinâmica

Tecnologia Protasul®-100,
 26 anos de experiência
 clínica. Instrumental
 simples e técnica
 descomplicada.
 Melhor desempenho
 segundo Registro Sueco*

*2002, The Swedish National Hip
 Arthroplasty Registry

A SUA NOVA OPÇÃO EM REVISÃO!

Com a haste Wagner SL® ou a evolução da haste modular Revitan® o cirurgião pode contar com a segurança e qualidade dos produtos Zimmer e a tradição e confiança de uma empresa há mais de 50 anos no mercado brasileiro.

'JOPPAQ' mostrará a evolução real da pesquisa sobre PRP e células tronco

A 15ª Jornada Paulista de Patologia do Quadril - 'JOPPAQ' - promovida pela SBQ, está marcada para setembro, em Ribeirão Preto, e vai incluir um simpósio sobre a cirurgia regenerativa do quadril, apresentada por uma equipe de pesquisadores americanos cuja presença no simpósio já está confirmada, explica Luiz Sergio Marcelino Gomes, que está coordenando a preparação do evento.

Os especialistas norte-americanos irão apresentar no simpósio os resultados dos trabalhos clínicos que têm desenvolvido e será uma oportunidade para uma discussão franca sobre as perspectivas futuras. O nome dos especialistas que serão destacados para participar do simpósio no Brasil será divulgado no site da 'JOPPAQ' - www.joppaq.com.br

Marcelino lembra que não foi adequada a recente divulgação na imprensa leiga dos trabalhos internacionais desenvolvidos sobre emprego de células tronco na regeneração do quadril e chegaram a ser divulgadas informações incorretas. Por isso considera necessário um evento de alto nível no qual os ortopedistas brasileiros possam ter informações em primeira mão sobre o que está sendo feito no mundo e quais as perspectivas do emprego de PRP e células tronco, bem como uma previsão de quando e se esse

tipo de terapia deixará de ser experimental.

O problema da divulgação pela imprensa não especializada é que, com frequência, o paciente vê a notícia de uma pesquisa, entende erradamente que o procedimento está aprovado e tem eficácia e pressiona o médico, que precisa estar a par da evolução dos trabalhos experimentais para mostrar que o que foi lido nos jornais é uma simples promessa para o futuro e não uma terapia consagrada.

Embora a pesquisa com células tronco tenha avançado mais em relação ao joelho, Marcelino diz que há informações novas e importantes sobre trabalhos clínicos referentes ao quadril que serão apresentadas pelos convidados internacionais e a programação do simpósio abrirá espaço para uma discussão aberta e para o debate com os pesquisadores que se dedicam a esse estudo e estão acumulando experiência no assunto.

A expectativa é que a 'JOPPAQ-2012' seja acompanhada por mais de 500 cirurgiões brasileiros. Além das perspectivas da medicina regenerativa, não artroplástica a Jornada incluirá como temas a parte da prótese primária e de revisão e dará destaque especial às fraturas do quadril e seu tratamento.



O Quadril na Mídia

EL PAÍS
EL PERIÓDICO GLOBAL DE ESPAÑA

'Escapada' do rei da Espanha fica pública devido a fratura de quadril

O rei Juan Carlos I, da Espanha, que estava na África para uma caçada de elefantes que custou 30 mil euros, teve sua 'escapada' tornada pública depois que tropeçou numa escada e precisou ser operado de uma fratura tripla no fêmur direito, que resultou na implantação de uma prótese de quadril.

A operação ficou a cargo do ortopedista Angel Villamor que, há dois anos, já tinha reparado uma ruptura do tendão de Aquiles do pé esquerdo do rei que, com 74 anos, é muito dado a acidentes. Há dois anos Juan Carlos recebeu uma prótese no joelho direito e antes disso, também numa caçada, feriu

seriamente um olho com um galho.

A divulgação da notícia do acidente causou constrangimento à família real, pois a Espanha vive uma crise econômica. A Casa Real está sendo acusada de fazer gastos excessivos e quatro dias depois de operado o rei, usando bengala, deu uma entrevista coletiva em que pede perdão aos espanhóis por ter ido caçar elefantes, caçada essa que tem a pior repercussão por ser o rei o presidente honorário do 'World Wildlife Found', que luta para garantir a sobrevivência dos elefantes.





Hip

 Lima



Em Minas Gerais, o encontro de ortopedistas aventureiros

Realizou-se em abril, em Minas Gerais, o '1 Encontro de Ortopedistas apaixonados por Trilhas, Off Road & Adventure', em Delfinópolis, organizado por Aduino de Castro Soares, que atua na área do quadril e de ortopedia pediátrica.

Foram cerca de 100 médicos, inclusive especialistas de outras áreas que aderiram ao evento e lotaram a fazenda de Aduino, em Delfinópolis, com suas motocicletas e jipes.

Aduino explica que como sua base é a cidade de Alfenas, no Sul de Minas, para essa primeira aventura de ortopedistas convidou colegas de São Paulo e de seu Estado, que não chegaram ao ponto de aventurar-se em barracas, mas se instalaram nas pousadas da região de onde, no dia 21, saíram bem cedo em demanda da cachoeira Casta D'Anta, na



Da esquerda para a direita, os ortopedistas 'trilheiros' Marcelo Stegmann, Rodrigo Almeida e Aduino Soares e mais dois pediatras 'infiltrados'.

serra da Canastra, curtindo a natureza e evitando ao máximo falar em Ortopedia.



A programação incluiu almoço com música (solo e teclado 'tutu com caviar'), turnê 'light' até o mirante da Serra Preta, para "esquentar os motores", como diz Aduino, jantar com porco no rolete e cordeiro assado, bem ao estilo mineiro e a opção 'porreta' ao Vale da Babilônia, com direito a aviso prévio informando que estrada estava quase intransitável mesmo para os jipes, já que houve queda de pontes e por isso o recomendável era ir de moto. Mas nada assustou os médicos aventureiros.

O grupo garante que essa foi apenas a primeira iniciativa do gênero e já está organizando outro evento, dessa vez com ortopedistas de Estados mais distantes.





68 implants a day since the Beatles split* ...
...and still hip.



40 anos de
inovação

Exeter

*1.000.000 de implantes em 40 anos = 68,45 implantes por dia por 14.610 dias

Exeter™ é uma marca registrada da Stryker

Stryker do Brasil Ltda. Rua Américo Brasiliense, 1000 - São Paulo - SAC 0800-7719960

www.stryker.com.br

SIMPLES E SEGURA, MECANICAMENTE ESTÁVEL.



Logical^{CM}

Prótese de Quadril não Cimentada

CONCEITO BIOMECÂNICO SEGURO E EFICAZ
CONSAGRADO HÁ MAIS DE 30 ANOS.

- Transferência gradual dos esforços;
- Maior contato implante-osso com ajuste metafisário dinâmico e progressivo;
- Aumento da estabilidade axial e rotacional proporcionando a fixação mecânica imediata;
- Elasticidade no segmento;
- Estímulo fisiológico às pontes ósseas;
- Mínima remoção óssea.

Maxxion[®]

 **BAUMER**
Compromisso com a saúde