

Setembro 2012

Osteoporose:

**Fraturas devem crescer 32% e grande
dúvida é sobre reposição de cálcio**

pag. 6

**Nordeste inaugura
primeiro banco
de ossos, mas de
doadores vivos**

pag. 10

**Paulo Chapchap:
digitalização da imagem
exige adaptação de
ortopedistas e de hospitais**

pag. 16



9° ACCP

2012

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS
SUMÁRIO EXECUTIVO

A DIRETRIZ É NOVA. MAS A RECOMENDAÇÃO PARA PROFILAXIA DO TEV É BEM CONHECIDA.

AMERICAN COLLEGE OF
CHEST
PHYSICIANS

Executive Summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed:
American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines

its inconvenience are likely to choose the
drug options.

2.3.2. In patients with
concomitant use of
suggest the use of
agents we have
fondaparinux
or aspirin.

Remarks: We
delayed
time to
administer
who place
daily
limited
alternat
the poss
fondapar
VKA, ap
who place
and a low
IPCD) over

2.4. For patients
we suggest extending
outpatient period for
surgery rather than for

2.5. In patients undergoing major orthopedic surgery, we
suggest using dual prophylaxis with an antithrombotic
agent and an IPCD during the hospital stay (Grade 2C).

Remarks: We recommend the use of only portable,
battery-powered IPCDs capable of recording and reporting
proper wear time on a daily basis for inpatients and
outpatients. Efforts should be made to achieve 18 h of
daily compliance. Patients who place a high value on
avoiding the undesirable consequences associated with
prophylaxis with both a pharmacologic agent and an IPCD
are likely to decline use of dual prophylaxis.

2.6. In patients undergoing major orthopedic surgery
and increased risk of bleeding, we suggest using an IPCD
or no prophylaxis rather than pharmacologic treatment
(Grade 2C).

Remarks: We recommend the use of only portable

2.7. In patients undergoing major orthopedic surgery
and who decline or are uncooperative with injections
of an IPCD, we recommend using apixaban or
dabigatran (alternatively rivaroxaban or
edoxaban) or low-dose VKA if apixaban or dabigatran are
not available rather than alternative forms of
pharmacologic prophylaxis (all Grade 1B).

2.8. In patients undergoing major orthopedic surgery,
we suggest using IVC filter placement for
prophylaxis over no thromboprophylaxis in
patients with increased bleeding risk or
contraindications to both pharmacologic and
mechanical thromboprophylaxis (Grade 2C).

2.9. In asymptomatic patients following major
orthopedic surgery, we recommend against Doppler (or
ultrasound) screening before hospital discharge

2.10. In patients with bilateral Lower-Leg
injuries, we suggest against the use of
compression stockings to the knee.

2.11. In patients with lower-leg injuries requiring leg immobilization
and who are not receiving pharmacologic thromboprophylaxis, we
suggest no prophylaxis rather than
mechanical thromboprophylaxis in patients with
lower-leg injuries requiring leg immobilization

Guyatt GH, et al. Chest. 2012 Feb;
141 (2 Suppl):7S-47S.

Em pacientes
submetidos à
artroplastia total de
quadril ou joelho (...),
sugerimos o uso
preferencial de
HBPM em relação
aos outros agentes
recomendados.¹

Referência Bibliográfica 1. Guyatt GH, et al. Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed:
American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):7S-47S.



Medical
Services
www.medicalservices.com.br
O seu lugar na internet.

Av. Major Sylvio de Magalhães Padiha, 5.200 Ed. Atlanta
Jd. Morumbi - São Paulo/SP - CEP 05693-000

SANOFI

Editorial

Ortopedista não pode ter crença cega na imagem

A informatização galopante da Medicina e a multiplicação dos exames sofisticados de imagem, não podem substituir o exame clínico e muito menos a experiência do ortopedista que conversa com o paciente, entende suas queixas e o examina fisicamente. Para muitos, essa afirmação pode parecer que estamos *chovendo no molhado*, mas, não é assim.

Com a crescente ditadura da Digitalização, os médicos são cada vez mais pressionados para olharem os exames de imagem como prioridade número um e torna-se igualmente comum que um exame de imagem chegue ao ortopedista com laudos que afirmam peremptoriamente qual o diagnóstico, e diagnosticar não é a função precípua de quem faz o exame.

Há médicos, com os quais concordamos, que recebem o paciente, agradecem o exame de imagem e o deixam de lado, passando ao exame físico, às perguntas, para só depois de terem uma opinião firmada abrem o envelope de imagem ou, mais modernamente, ligam o computador, para verificarem se a imagem confirma sua visão clínica.

Essas colocações não querem menosprezar o valor da imagem. Uma necrose na cabeça do fêmur, uma metástase à distância, evidentemente exigem exames de imagem. O que não queremos é supervalorizar os exames, transferir nossa obrigação como médicos. O que queremos é que a ressonância, os raios - X, a tomografia e o que mais vier inclusive os CDs com que os pacientes nos brindam ao chegar ao consultório, não assumam um lugar maior do que merecem na Medicina.

Nada vale mais do que a experiência de um médico bem treinado, do que os anos de trabalho e os milhares de horas ouvindo os pacientes, as centenas de cirurgias a que o residente assiste, aprendendo. São essas atividades impostergáveis que vão criando ao longo dos anos o 'feeling', o 'savoir faire' do grande ortopedista, que cada um luta para chegar a ser um dia.

Fale direto com a SBQ

O QUADRIL oferece um espaço permanente para que os associados possam se manifestar com comentários, reclamações ou sugestões, como fez o Miguel Takeo Hosomi, na página 18.

O endereço é www.sbquadril.org.br.

O QUADRIL é o informativo oficial da Sociedade Brasileira de Quadril, publicação trimestral com tiragem de 9.000 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:

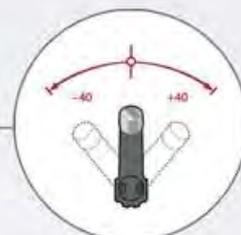
LRSQ Comunicação Empresarial
www.lrsq.com.br

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.



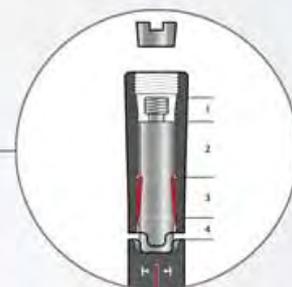
Wagner SL®



Antetorção de até $\pm 40^\circ$



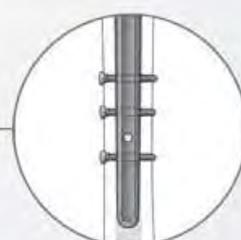
Revitan®



Conexão multiligam -
 Alta resistência mecânica
 resolvendo o risco
 de fratura



Haste Retta 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.

Prontuário eletrônico ganha espaço nos hospitais e tem regras definidas pelo CFM

O prontuário eletrônico, fruto da crescente informatização da Medicina, que já foi implantado em muitos hospitais, tem preocupado muitos médicos acostumados ao prontuário em papel, em que as informações sobre o paciente são redigidas à mão, no decorrer das consultas e procedimentos e que tradicionalmente é usado até como prova quando de questionamento judicial sobre diagnóstico e tratamento.

A digitalização dos prontuários veio para ficar, entretanto, afirma o diretor Secretário do Conselho Federal de Medicina, Desiré Carlos Callegari, que é também responsável pela Comunicação e a Tecnologia da Informação no CFM. Falando para **O QUADRIL**, explica que a normatização, as regras para a substituição dos prontuários em papel e as definições sobre o prontuário eletrônico estão definidas através de Resoluções que podem ser consultadas pelos interessados na Internet.

A Resolução CFM 1.638/2002 pode ser acessada no endereço www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm e a Resolução 1821/2007, cuja íntegra está no www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm.

Já existe uma normatização brasileira sobre prontuário eletrônico?

Existe. O tema foi definido pelas Resoluções CFM 1.638/2002 e 1821/2007.

A evolução para o prontuário digital é irreversível? É esse o caminho para o futuro?

Sim. Os benefícios do prontuário eletrônico são claros e há estudos que comprovam o aumento da qualidade de atendimento do paciente com o prontuário e um melhor controle de custos. O processo é irreversível.

Como é a validação do prontuário e da prescrição digital? Num eventual caso levado à Justiça o prontuário digital não pode ser alterado a qualquer tempo, ao contrário do prontuário em papel?

Se as normas estabelecidas pelo CFM forem seguidas, não há risco, pois é exigido que o prontuário eletrônico tenha certificação digital para assinatura eletrônica, bem como exige que

os sistemas sigam as exigências do Manual de Certificação de Registro Eletrônico de saúde do CFM e da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS).

Os médicos reconhecem a vantagem do prontuário eletrônico que poderá, por exemplo, ser acessado à distância, se armazenado na 'nuvem', mas ao lado da vantagem, não há também desvantagens?

A normatização é bastante cuidadosa, e se for seguida, o sistema é totalmente seguro. A certificação digital garante autenticidade, inviolabilidade e integridade ao documento eletrônico, e isso inclui a prescrição.

Como foi feita a normatização no Cremesp e no CFM, cujas discussões acompanhou desde o início?

No CFM, por exemplo, as discussões incluíram profissionais especializados, entidades representativas, foram amplamente discutidas na Câmara Técnica de Informática em Saúde e Telemedicina do CFM, do qual faço parte, até que o assunto ficasse suficientemente claro para a preparação de uma Resolução.

O prontuário eletrônico já deu certo em outros países, que possam servir de modelo ao Brasil?

Um bom exemplo é o Canadá, que desenvolveu uma estratégia nacional para prontuário eletrônico, com o envolvimento forte do governo e da iniciativa privada. Foram definidos padrões, incentivos, projetos de inovação, tudo muito bem estruturado e deu certo.

Como foi normatizada a assinatura digital?

Um CRM Digital vai substituir progressivamente a carteira do médico. A opção foi distribuir um 'smartcard' e o médico busca uma Autoridade Certificadora no mercado. Para reduzir os custos, o CFM fez uma parceria com a Caixa Econômica Federal, que fornece certificados digitais a baixo custo, mas é preciso que o médico seja correntista. Maiores informações constam da Cartilha sobre Prontuário Eletrônico, no www.portalmedico.org.br e www.sbis.org.br.



IOF prevê aumento de 32% nas fraturas de quadril no País

A 'International Osteoporosis Foundation' divulgou estudo sobre o aumento da incidência de fraturas de quadril na América Latina até 2050, e a previsão é que no Brasil deve crescer em 32%, em decorrência do aumento da expectativa de vida. A estimativa atual é de 121 mil fraturas anuais o que significa, segundo a IOF, uma fratura para três mulheres na faixa etária acima de 50 anos.

A propósito do estudo, o presidente da Associação Brasileira de Avaliação da Saúde Óssea e Osteometabolismo, Bruno Muzzi, diz que "é preciso mudar o conceito de que a osteoporose é doença natural do idoso e passar a preveni-la e combata-la".

A preocupação da **SBQ**, externada por seu presidente, Sergio Rudelli, é que o marketing dos laboratórios que insistem na reposição medicamentosa do cálcio é tão intensa que há uma tendência condenável de fazer a suplementação do cálcio por comprimidos, relegando a segundo plano as fontes naturais que, a seu ver, são mais indicadas.

Já Lucas Ribeiro Leite, da Unifesp e que também integra a **SBQ**, lembra que "as fraturas decorrentes da osteoporose acabam

causando maior número de óbitos no Brasil que o câncer de mama". Ele concorda com a posição do presidente da Comissão Nacional de Osteoporose da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Ben Hur Albergaria, que considera a doença "um problema de saúde pública que demanda mais atenção e muito cuidado".

Lucas diz que é preciso uma campanha pública para derrubar o mito de que a osteoporose só atinge a mulher, mas é frequente também no homem, só que mais tarde, após os 70 anos. Ele propõe ainda que o clínico geral e não só os ortopedistas convençam o paciente sobre a necessidade de cuidados adequados, seja no que se refere à alimentação, aos exercícios diários, à exposição solar e, se necessário, medicação específica.

É importante também o acompanhamento do paciente, através de um programa pelo qual após o atendimento seja procurado pelo médico, que pode, por exemplo, telefonar para confirmar a adesão ao tratamento, para lembrar da necessidade de nova densitometria e mais tarde, para enfatizar a necessidade de cumprir rigorosamente as medidas de prevenção, principalmente o exercício diário que deve ser obrigatório.

É um programa que precisa ser abraçado pela Saúde Pública, diz Lucas, mas cabe aos ortopedistas levarem às autoridades governamentais essa necessidade e apoio para o desenho do programa, que deve ser implementado antes que as fraturas de fêmur e de quadril se tornem epidêmicas no Brasil.



Pedro Henrique Correa: “cálcio deve ser ministrado nos alimentos”

A administração de cálcio injetável ou de mais de 500 miligramas diárias, através de comprimidos, não é recomendada para a prevenção e ou tratamento da osteoporose na imensa maioria dos casos, pois pode aumentar o risco de problemas cardíacos. O alerta, baseado em recente macro estudo australiano, é de um dos mais renomados endocrinologistas brasileiros, Pedro Henrique Correa, da Unidade de Doenças Osteometabólicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Questionado pela reportagem de **O QUADRIL** sobre que recomendação daria aos ortopedistas para enfrentar a osteoporose, cuja incidência aumenta com o envelhecimento da população brasileira, Pedro Henrique disse que 1.200 miligramas de cálcio diário é a dosagem suficiente seja para a prevenção na faixa etária mais



elevada, como para quem já tem a doença.

À luz das recentes pesquisas, o ideal é “uma alimentação normal de cálcio, que inclui 200 a 300 miligramas num copo de leite diário, outros 200 a 300 num iogurte também diário e outro tanto numa fatia de queijo branco ou amarelo, com 30 gramas”, afirma o especialista em metabolismo ósseo.

Essa alimentação deve ser complementada com um único comprimido diário de cálcio, que é oferecido comercialmente com cerca de 500 miligramas. E insiste “a tese de que mais comprimidos melhorariam o resultado não é correta”.

O problema é que a média da população brasileira não ingere as três fontes recomendadas diariamente, o que exige educação nutricional específica e ou campanhas como a própria Austrália está fazendo, depois de descobrir que apenas uma em cinco crianças australianas ingere a

quantidade recomendada de cálcio.

O endocrinologista recomenda cuidado na administração de cálcio porque o estudo australiano (de 2010), com dois grupos, um com suplementação elevada de cálcio e outro com dieta normal de cálcio mostrou o aumento dos problemas cardiovasculares pelo excesso de cálcio, que a médio prazo pode causar sérias complicações.

Há exceções, explica Pedro Henrique Correa. Se o paciente tem intolerância aos derivados de leite, se tem alguma insuficiência renal ou fósforo sérico no limite superior, ou ainda quando passou por cirurgia para controlar a obesidade, o caminho tem que ser outro, mas insiste que esses casos representam uma pequena minoria.

A conclusão do especialista é que embora a reposição de cálcio seja extremamente importante, deve ser feita basicamente através da alimentação, reduzindo-se ao mínimo a complementação por comprimidos.



Pedro Henrique Correa





EDITAL DE CONVOCAÇÃO

Assembleia Geral Extraordinária

O presidente da SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUADRIL (SBQ), CNPJ/MF número 01.640.304/0001-86, Dr. RUDELLI SERGIO ANDREA ARISTIDE, no uso de suas atribuições, previstas no Estatuto, CONVOCA, através do presente Edital, os associados, para a "ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA", a ser realizada no dia 22 de setembro de 2012 às 13h00 horas em primeira convocação e em segunda e última convocação às 14h00, estendendo-se até às 15h30, por ocasião do evento "XV Joppaq – Jornada Paulista de Patologia do Quadril" nas dependências do Hotel JP Ribeirão Preto, localizado na Via Anhanguera, km 306,5, Ribeirão Preto – SP, a fim de deliberarem sobre as seguintes ordens do dia:

- 1) Propostas de Alterações Estatutárias;
- 2) Novas regras para credenciamento de serviços de ensino e treinamento para formação de especialistas em quadril;
- 3) Definição de prazo para envio da documentação comprobatória após avaliação na prova de título;
- 4) Discussão sobre local e número de realizações de Assembleias Ordinárias da SBQ.

São Paulo, 25 de julho de 2012

RUDELLI SERGIO ANDREA ARISTIDE
PRESIDENTE SBQ – BIÊNIO 2012-2013

Santa Casa/SP fará curso de Trauma de Quadril, Pelve e Acetábulo

O '1 Curso Internacional de Trauma do Quadril, Pelve e Acetábulo' do Grupo de Quadril do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Santa Casa de São Paulo será realizado nos dias 30 de novembro e 1º de dezembro. A programação, carga horária

e inscrições estão disponíveis no site www.cequadril.com.br

O curso tem como objetivo apresentar o manejo das fraturas de pelve e acetábulo e incluirá atualização nas controvérsias dos traumas de quadril.

Aos participantes será dada a oportunidade de assistirem, além de palestras, vídeos ilustrativos que mostrarão vias e técnicas cirúrgicas. Haverá espaço para discussão com os conferencistas convidados.

Já confirmou presença o professor Frédéric Laude, do Hospital Pitié-Salpêtrière, de Paris,

que se tornou referência mundial em fraturas de pelve e acetábulo, além de renomados cirurgiões brasileiros.

A programação prevê debate sobre o diagnóstico e tratamento das fraturas acetabulares e pélvicas, além de discussão de fraturas complexas do terço proximal do fêmur e seu manejo. Será apresentada a experiência da Santa Casa de São Paulo no tratamento das fraturas de pelve e acetábulo.



Serviço

Curso: Curso Internacional de Trauma do Quadril, Pelve e Acetábulo

Data: 30 de novembro e 1 de dezembro.

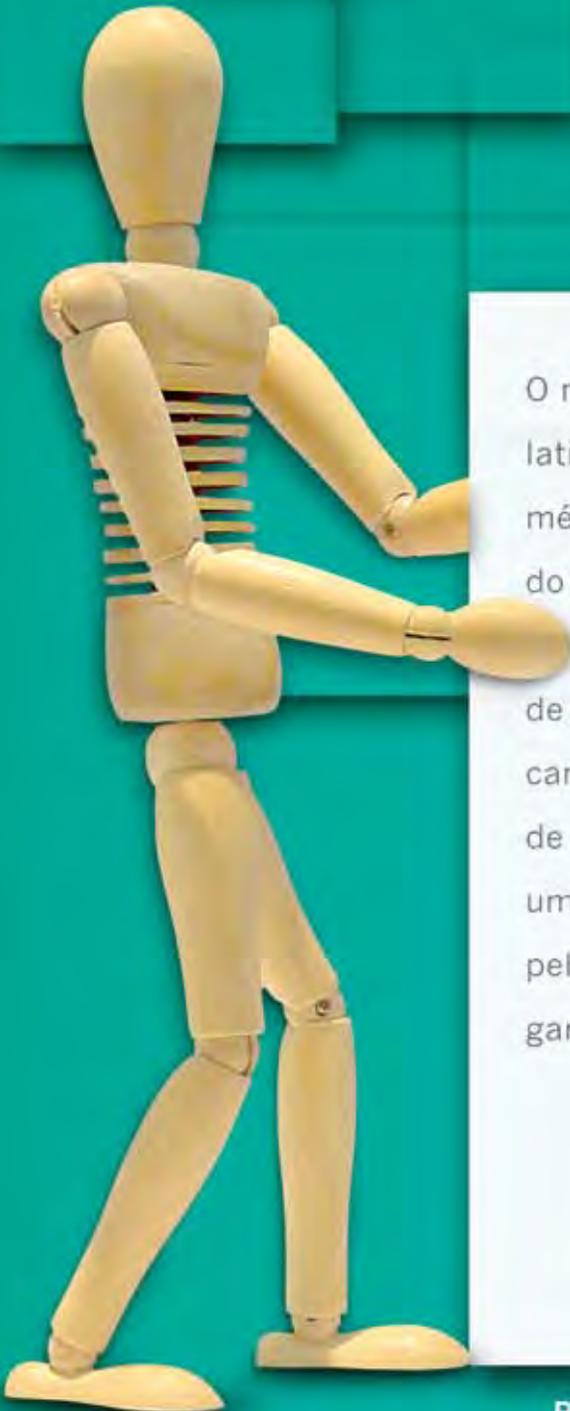
Inscrições: www.cequadril.com.br



**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**

Tradição dificulta captação de ossos para primeiro banco do Norte/Nordeste

A tradição nordestina de guardar os despojos dos parentes mortos em ossuários impediu a captação de ossos de cadáver para o primeiro banco de ossos de todo o Norte/Nordeste. “Quando a Central de Transplantes nos chamou porque havia um doador em potencial, comprovamos que a família estava disposta a doar córnea, fígado, coração, mas não os ossos”, explica o ortopedista Cláudio de Oliveira Marques que, decepcionado, precisou então abrir o banco com captação a partir de pacientes vivos, que tiveram a cabeça femoral descartada.

A inexistência de um banco de ossos na região é um problema de que se queixam há tempos os especialistas em quadril que, enviam pacientes para o Rio com a ‘TFD’, o encaminhamento para Tratamento Fora do Domicílio, para entrarem na longa fila de espera do INTO. Essa situação só começa a mudar a partir de agora, quando uma instituição particular de Pernambuco, o IMIP - Instituto de Medicina

Integral Professor Fernando Figueira, resolveu investir na montagem do primeiro banco de ossos da região, inaugurado pelo ministro da Saúde Alexandre Padilha.



“Quem nos apoiou foi a equipe da Santa Casa de São Paulo, liderada por Emerson Honda, onde fiz minha especialização em quadril”, conta Cláudio Marques. “Embora particular, o IMIP é filantrópico, só atende a pacientes do SUS e, com apoio da Federação Nacional da Indústria e do Ministério da Saúde, foi possível reunir os recursos para a montagem do banco”, explica.

A grande dificuldade não era só financeira, mas também burocrática, explica o médico, que é sócio da SBQ. “Foi preciso importar equipamentos como ultra congeladores, fazer gastos de mais de 1,5 milhão de reais e cuidar de toda a burocracia para o credenciamento junto ao Ministério, que é muita”.

Como há imensa demanda reprimida na região, que só raramente conseguia trabalhar com ossos vindos de bancos do Sudeste, a ideia é atender inicialmente aos pacientes locais e, à medida que aumentar a captação, disponibilizar o material para o sistema privado, mas novamente haverá que enfrentar problemas burocráticos, o mais complicado dos quais

é como o sistema, que paga os honorários da cirurgia para o hospital, vai fazer para repassar recursos para o banco de ossos.

Há necessidade igualmente de uma campanha para conscientizar a população da necessidade da doação de ossos.

O próprio presidente da SBOT, Geraldo Motta, comentando a colocação do ortopedista pernambucano, diz que “esse é um assunto de fato importante, desconhecido do público leigo, o que dificulta o aumento do número de captações e as campanhas educativas, que já foram realizadas, precisam ser repetidas”.

Se tudo der certo, se houver doações suficientes, a equipe do Banco de Tecidos do IMIP tem todo interesse em fornecer material não só para os hospitais pernambucanos, mas para os dos demais Estados do Norte e Nordeste, pois não resta dúvida que a demanda para revisões do quadril, joelho e para procedimentos de Oncologia ligados a tumores ósseos é muito grande. A equipe do IMIP encara com naturalidade as dificuldades que se apresentam e entende que “estamos pagando o custo do pioneirismo, mas certos que a iniciativa vai beneficiar todos os Estados da região e milhares de pacientes”.

Esta é também a opinião do presidente da Regional Norte/Nordeste da SBQ, Robson Vasconcelos Alves, que recentemente acompanhou o esforço do Hospital Geral de Fortaleza, no Ceará, que chegou a fazer uma primeira captação e o tratamento de ossos de cadáver, mas que não conseguiu colocar em funcionamento o ambicionado banco de ossos.

Cláudio Marques: o Responsável Técnico do Banco de Tecidos Musculoesquelético



Foto: Manoella Mendonça

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

Regionais



Norte/Nordeste

Regional participa de audiência pública na Assembleia

O presidente da Regional Nordeste da SBQ, Robson Vasconcelos Alves, participou de audiência pública na Assembleia Legislativa do Ceará sobre acidente de motocicletas e teve apoio dos presentes e da deputada Fernanda Pessoa, para verificar a possibilidade de implantar plantões de fiscalização do DETRAN nos principais Pronto Socorros de Fortaleza para identificar condutores de veículos ou motociclistas alcoolizados que se envolvem em acidentes. Robson fez referência ao crescente número de crianças envolvidas em acidentes graves com trauma pélvico, propondo a restrição ao 'carona' nas motocicletas.

A sessão foi convocada pela deputada Fernanda Pessoa, preocupada com a extensa fila de pacientes que aguardam prótese de quadril e de joelho nos hospitais cearenses. Participaram da mesa o

professor José Alberto Dias Leite, da Universidade Federal do Ceará, o presidente da SBOT do Ceará, Ronaldo Silva, que é também ex-presidente da SBQ e diretor-científico da Regional.

Na sessão o representante da Universidade Federal propôs a criação de um Instituto de Traumatologia-ortopedia do Ceará, que funcionaria no hospital da própria Universidade e que poderia contribuir para reduzir a fila de espera nos hospitais.

Reuniões se sucedem

Além da discussão sobre o banco de ossos, a Regional Norte/Nordeste tem realizado reuniões científicas importantes. No início de abril foi promovido um encontro sobre atualização de artigos científicos e imagiologia do quadril, com grande aproveitamento e um encontro



Audiência pública na Assembleia Legislativa

científico sobre "Artrose – A Visão do Reumatologista" também foi realizada no Restaurante Sal e Brasa, em junho, quando foi oferecida uma aula sobre revisão de prótese de quadril sem uso do banco de ossos.



Os ortopedistas que acompanharam o encontro 'Artrose- A Visão do Reumatologista'

Paraná

Evento discute a defesa profissional

A SBQ Paraná participou do fórum de Defesa Profissional organizado pela Regional da SBOT do Paraná, sob a presidência de Marco Pedroni.

Trata-se de um evento para discutir especificamente implantes e honorários médicos dos profissionais que trabalham com o SUS e no fórum cada associado expõe suas dúvidas

e troca experiências sobre estes temas que, embora não sejam científicos, fazem parte da vida diária de cada ortopedista, explica o presidente da Regional, Márcio Raphael Pozzi.



Encontro de Ponta Grossa

O primeiro encontro anual da Regional Paraná é tradicionalmente em cidades do interior do Estado e este ano o evento científico foi realizado em Ponta Grossa, no dia 24 de março, no Centro de Convenções da Unimed.

Carlos Wosniak, responsável pela organização, ficou muito satisfeito com o programa e a participação dos colegas.

II Jornada itinerante de Quadril foi em Marília

Realizou-se no final de junho, em Marília, interior do Estado de São Paulo, a II Jornada Itinerante de Quadril da SBQ/SP. O evento teve a participação de Antonio Carlos Bernabé, Daniel B. Futuro, Edmilson Takata, Emerson Honda, Evaristo Campos, Giancarlo Polesello, Gustavo Campos, Lafayette Lage, Marcelo Queiroz, Nelson Ono, Roberto Dantas Queiroz, Rodrigo Guimarães e Walter Ricioli Junior, da Capital, e de Fábio Devito, de São José do Rio Preto, Flávio Barbi Filho, de Ribeirão Preto, Flávio Maldonado, de Marília, Paulo César Villani, de Araçatuba e Rogério Miguel, de Marília.

Os temas discutidos foram Fratura, Impacto Fêmoro-Acetabular, Artrose de Quadril, Revisão e Complicações Primárias e Revisões. O evento incluiu um módulo sobre Artrose de Joelho, tema apresentado por Carlos Górios, de São Paulo, Guilherme

Zuppi, de Guaratinguetá, José Ricardo Pécora, de São Paulo, Keniti Mizuno, de Marília, Túlio Cardoso, de Sorocaba e Vitor Barion C. de Pádua, de Marília. A reabilitação após próteses totais de quadril e joelho foram abordadas pelos fisioterapeutas Luciano Batistetti e Fabrício Repetti.

O coordenador da Jornada foi Flávio Maldonado e o apoio foi dado pela secretária Nice Franzoni, que registrou 90 inscrições.



Satisfação de missão cumprida: Finda a 'Jornada', o sorriso de Paulo Cesar Villani, Elias C. Tebet, Flávio Maldonado, Antonio Carlos Bernabé e Evaristo Campos.

Centro Oeste tem 44 sócios

O total de associados da SBQ no Centro-Oeste é de 44 ortopedistas. A informação é do presidente da Regional, Ernesto Rodrigues Gama, que confirmou que o maior número de associados é de Goiás, com 22, seguido pelo Distrito Federal, com 12, Mato Grosso do Sul, com 6 e Mato Grosso com 4.

Ernesto Gama pede que seja desconsiderado o número divulgado anteriormente, que não estava atualizado.

SBQ responde

CFM faz consulta formal sobre prótese metal/metal

O Conselho Federal de Medicina fez uma consulta formal à Sociedade Brasileira de Quadril, na figura do seu presidente, para se posicionar sobre as próteses metal/metal. Na resposta, Sergio Rudelli confirma que existe controvérsia a respeito dos possíveis efeitos nefastos da liberação de íons metálicos no organismo, mas explica que não existem trabalhos científicos internacionais nem nacionais que permitam uma conclusão definitiva sobre o assunto.

Em resumo, a responsável pela Unidade de Tecnovigilância da Anvisa, Stela Melchior Candioto,

informa que o órgão acompanha os estudos da FDA "relativos aos implantes metal/metal em quadril" e que embora haja vasta literatura internacional. A Anvisa soube, por um membro do CFM, que existiriam "no Brasil estudos que embasariam um posicionamento do Conselho" e solicita fornecimento das fontes de tais análises.

Rudelli afirma que "efetivamente há carência de estudos conclusivos sobre o tema não apenas no Brasil, mas a nível mundial" e informa que, preocupada com a controvérsia, a SBQ tem levado o tema a seus recentes congressos. Afirma mais que, em virtude das dúvidas

levantadas sem que haja, até o momento, embasamento científico conclusivo, o uso do tipo de implante citado tem se reduzido no Brasil e acrescenta que "o próprio signatário desta, que nunca foi defensor desse tipo de prótese se perfila entre os que preferem as opções metal/polietileno ou cerâmica/polietileno".

Esclarece que a dúvida se centra nos possíveis efeitos cancerígenos que os íons metálicos liberados pelo contato metal/metal teriam ou não o que, repete, "não foi demonstrado cientificamente por nenhum dos estudos que se debruçou sobre o tema".





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

Pina Cabral, do futebol para a Artroscopia

O futebol sempre representou uma atração irresistível para Fernando Martins de Pina Cabral, filho mais velho de um dos maiores ortopedistas brasileiros, Pina Cabral que, por mais de dez anos, dirigiu o Departamento de Cirurgia de Quadril do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, o INTO.

Ao contrário do pai, Fernando *trancou* o primeiro período do curso de Medicina que fazia na Universidade Federal Fluminense e, já que Pina Cabral torce pelo Vasco, passou a se dedicar a jogar como atacante, no time jovem do Fluminense com todo apoio do pai, que foi seu maior incentivador.

Bom de bola fez uma grande carreira como amador e, como profissional, ganhou vários títulos pelo Petropolitano Futebol Clube, de Petrópolis, de onde foi para o Fluminense e, já quando na Faculdade, chamou a atenção de um empresário que o viu treinando “num timinho”, diz ele, o Flamengo, o que lhe valeu um contrato para jogar em Haia, na Holanda, pelo ‘FC Den Haag’. Foi um tempo bom, recorda o hoje dublê de médico e jogador, de muitos gols, muito frio, mas quando recebeu uma carta da Universidade dizendo que não poderia manter a matrícula

trancada, que seria jubilado, voltou e terminou o curso de Medicina.

“Estava um pouco cansado do futebol”, confessa não do convívio com os demais jogadores nem com as perspectivas do esporte, “mas com um pai cirurgião, mãe professora universitária, venho de uma família onde estudar era parte da vida e, ao me voltar totalmente para o esporte, ficou faltando alguma coisa”.

Com a mesma decisão que o levava a investir tudo no esporte, ele o deixou para trás e voltou para a Faculdade, “até com um dinheirinho que o esporte me garantiu e que deu para comprar um carro, na volta” e, é claro, não parou. Jogou o campeonato carioca pelo Olaria Atlético Clube.

Na Faculdade, Fernando usufruiu a fama que conquistara nos gramados, e confessa que foi uma grata surpresa perceber que se tornara famoso. Formou-se, sabendo que isso daria alegria ao pai, que tem outro filho também médico, iniciou a residência na UFRJ, e o futebol tornou-se apenas lazer, num time de Petrópolis, do qual chegou a diretor esportivo.

“Como convivi com muitos casos de problemas ortopédicos no joelho, enquanto jogava, minha ideia era optar por essa área da Ortopedia”, lembra, mas no convívio com o pai, com o qual passou a operar, foi se voltando naturalmente para o quadril e, ainda residente no Fundão, no terceiro ano já tinha um Serviço de Quadril.

Com a garra característica da família, o médico acabou inovando, ao trazer a técnica de Artroscopia difundida em cirurgias do joelho, para as operações de quadril, que passou a tratar de forma menos invasiva, além de implantar



Os Pina Cabral: campeões sem rivalidade

próteses, no INTO. Hoje, mais próximo da família, também sob o ponto de vista cultural, vive entre o Rio e Petrópolis, trabalha frequentemente com o pai, mas a Artroscopia o atrai cada vez mais, principalmente para atender às lesões dos atletas.

Ainda recentemente Fernando foi pela terceira vez para a Inglaterra, para aumentar sua capacitação nas novas técnicas cirúrgicas, não tão novas assim para ele, que já tem uma casuística de 42 casos operados por Artroscopia, o que não impede que o agora já experiente ortopedista, calce as chuteiras todo fim de semana. A história de Fernando foi difundida pela TV Globo, que num ‘Show do Intervalo’ divulgou o depoimento de Nando, o ex-jogador, hoje médico.

No vídeo, ele relata a importância dos conselhos do preparador esportivo, Murilo Guerra, nas suas decisões de vida. Numa carta, Murilo recomenda que “nunca faça suas escolhas somente por conveniência; acima de tudo e de dores, faça o que te realiza como homem”. Para acessar o vídeo, em que aparece treinando e também de jaleco, no hospital, basta clicar no ‘Google’, indicando ‘Nando Pina Cabral futebol’.



Digitalização da imagem é caminho sem volta, garantem os especialistas

A digitalização da imagem, os exames entregues em CD, o acesso remoto à ressonância magnética, às tomografias e os programas que ao toque de uma tecla permitem ao médico comparar na tela uma radiografia de dez anos atrás e outra atual do mesmo paciente são ferramentas que vieram para ficar. A opinião é do superintendente de Estratégia Corporativa do Hospital Sírio-Libanês, Paulo Chapchap, e perfilada pelo especialista em Informática médica Antonio Carlos de Lira, diretor Técnico Hospitalar do mesmo hospital.

Os dois especialistas estão perfeitamente a par das reclamações de muitos ortopedistas que, acostumados a trabalhar com raios-X de tamanho real, se queixam das imagens em tamanho reduzido, que exigem o uso de uma escala. As queixas são tão constantes, que “no Sírio oferecemos os exames em CD, e, para os ortopedistas, mantemos o filme tradicional”, diz Chapchap, mas o futuro será digital com absoluta certeza.

“A dificuldade nessa época de transição não é tecnológica, mas claramente cultural”, garante Antonio Carlos. O problema, agora que o meio digital garante imagens com a mesma qualidade do raio-X tradicional, diz respeito à manipulação da imagem pelo médico, que muitas vezes não tem o conhecimento suficiente de Informática para trabalhar com a imagem ou, em alguns casos, não escolheu bem o software de visualização.

As vantagens da digitalização são imensas e vão se impor, acredita Paulo Chapchap, cirurgião pediátrico e especialista em transplante de fígado. Ele ressalta que no meio digital conta com centenas de matizes que representam mais informação, enquanto no raio-X havia apenas branco, preto e uma nuance de cinza e, com a digitalização, deixa de ser necessário manter o pesado arquivo físico com milhares de radiografias e que requer muito tempo para que se consiga levantar uma informação.

Padronização abriu caminho

Antonio Carlos Lira explica que “o grande salto que está universalizando a digitalização foi a padronização da linguagem pelo protocolo DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine), que define o tratamento, o armazenamento e a

transmissão da informação digital e garante o formato de apresentação de imagem no computador”. Com o DICOM qualquer computador pode receber informação digitalizada de uma tomografia, uma ressonância ou qualquer outra imagem médica e gerar uma imagem.

Essa imagem, por sua vez, já pode ter mais acurácia que as imagens antigas e os recursos são tantos que vai demorar para explorar todos. Com um bom software o médico pode colocar na mesma tela a imagem do quadril do paciente há seis meses, lado a lado com a imagem atual, fazer comparações, sobrepô-las, tudo ao simples toque de uma tecla. A digitalização é ainda mais útil na navegação eletrônica, na aplicação de radioterapia, na pesquisa. Com seu arquivo digitalizado um ortopedista poderá, por exemplo, levantar em segundos a lista de pacientes que receberam prótese metal-metal ao longo dos últimos 10 anos, para citar uma questão que está sendo discutida justamente agora.

Custo tende a cair mais

Os softwares para trabalhar com as imagens digitais ainda são caros, embora Chapchap garanta que a relação custo-benefício é muito positiva, mas a tendência é que cada vez se tornem mais baratos.

“A dificuldade nessa época de transição não é tecnológica, mas claramente cultural”, garante Antonio Carlos Lira





O especialista volta à questão da capacitação humana. Há casos em que o ortopedista contrata alguém do ramo da Informática para montar seus arquivos e trabalhar seu banco de dados, e outros em que o próprio profissional investe na própria capacitação, na forma de uma verdadeira educação continuada. Cabe aqui o exemplo da Cardiologia, cuja sociedade oferece nos congressos anuais cursos rápidos de Informática, que estão sempre lotados.

“A digitalização é inexorável”, afirma Paulo Chapchap, e proporciona economia de custos, a eliminação do filme, que é material tóxico, e abre perspectivas importantes quando se pensa no prontuário eletrônico que pode apresentar um quadro evolutivo do paciente em imagens feitas ao longo dos anos.

Investimento dos dois lados

Essa capacitação necessária, porém, não ficará a cargo apenas do médico e nem da instituição. Para Paulo Chapchap, a experiência do Sírio-Libanês permite antever que as instituições terão que investir na digitalização e na disponibilização dos arquivos digitais, mas caberá aos médicos também se adaptarem à nova ferramenta e definirem conjuntamente os caminhos a seguir.

Uma das dúvidas é se no futuro imediato, com a vulgarização do acesso remoto, o médico continuará ou não mantendo seu arquivo nos computadores do

consultório, ou se será mais prático que os hospitais e serviços centralizem esses bancos de dados em seus servidores de grande porte.

Há que pensar também na padronização absolutamente necessária, para que todos os computadores possam *conversar* entre si e Antonio Carlos Lira lembra outro problema, decorrente da rápida obsolescência dos sistemas, que poderia fazer com que dentro de uma década os computadores desse futuro não *entendessem* os arquivos do início da era digital.

Foi justamente para evitar esse tipo de problema que o Arquivo Nacional, órgão federal, baixou normas que garantem que, por mais que evoluam os programas, será sempre possível resgatar e *entender* as informações dos programas que foram abandonados no decorrer do tempo. Também o Conselho Federal de Medicina baixou há dois anos Resolução que define regras para o desenvolvimento de novos softwares médicos, que precisam ser validados pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. É a garantia de que informações que necessariamente precisam ser preservadas por décadas permaneçam acessíveis, de forma a garantir, conclui Paulo Chapchap, que médicos, hospitais e principalmente os pacientes, possam usufruir de todos os imensos benefícios da tecnologia da digitalização.



Em Leme, ortopedistas reagem contra as imagens digitais

Acostumados a trabalhar com raios-X, cujas imagens apresentam tamanho real, alguns médicos se ressentem quando recebem imagens digitais, em CD e filmes em tamanho reduzido, que várias instituições estão preferindo pela facilidade da manipulação em computador.

O exemplo do conflito que se expande é ilustrado pela carta que o proprietário do Instituto de Diagnóstico Interno de Leme, no Interior de São Paulo, encaminhou à SBOT.

No documento, Miguel Takeo Hosomi relata que *“estamos iniciando um processo de digitalização das imagens, enviando para os pacientes em CD, filme digital em tamanho reduzido e disponibilizando as imagens em PACS, mas encontro muita resistência no corpo clínico,*



principalmente entre ortopedistas, que pedem radiografias em tamanho real (filme 35x43), pelo que peço um posicionamento da SBOT, já que alguns ortopedistas chegam a simplesmente recusar imagens nessas mídias”.

O médico proprietário da clínica diz que precisa de ajuda “para facilitar o entendimento entre as partes, sem prejuízo ao paciente”.

O interesse de Miguel Hosomi com a digitalização tem mais de 10 anos e nasceu quando um menino que passava férias na cidade no Interior de São Paulo quebrou o braço. O pai, diretor do Hospital Albert Einstein, pediu o envio da radiografia da fratura, mas à época a chapa tinha que ser enviada fisicamente.

Anos depois, Miguel participou de reunião em Santos, na qual se discutiu o embrionário processo de digitalização que, apenas em 2009 passou a ter respaldo legal, quando publicada a norma que regulamentou a Tele Radiologia, que deu condições para a transmissão de imagens.

Hosomi procurou no mercado, descobriu que a ‘Care Stream’ tinha comprado os direitos da Kodak concordatária, nos EUA, onde praticamente não se usava mais filme e, acreditando que fazia um avanço importante para Leme, Limeira e região, comprou os equipamentos para ser surpreendido pela relutância de alguns médicos que não gostaram da inovação. O médico passou a divulgar as vantagens do sistema, explicou que a imagem em CD é um passo para o PACS,

o sistema computadorizado de armazenamento de imagens, que garante a um brasileiro que esteja num congresso na China receber um exame de um paciente em São Paulo, comparar com imagens anteriores e decidir.

“Muitos médicos de várias especialidades aceitaram de imediato a imagem digitalizada”, explica Miguel, “acham ótimo aproveitar o intervalo entre duas consultas para entrar no PACS para planejar uma intervenção cirúrgica”, mas alguns ortopedistas relutam. Não adianta explicar que cada programa vem com as ferramentas eletrônicas necessárias, que permitem medida de ângulo, de comprimento, régua digital centrimetrada, mais precisa do que a régua física, nem mostrar que o sistema digital tem milhares de matizes. “Muitos ortopedistas não aceitam e ponto final”, diz.

Para Miguel Hosomi, porém, o sistema digital veio para ficar. “Imagine uma tomografia ‘multi-slice’ da coluna, na qual chego a fazer 800 imagens”. É simplesmente impossível oferecer essas imagens em filme, mas se o paciente chega ao consultório do clínico com o CD, basta colocá-lo no computador do médico para ter acesso completo ao exame, que tem a possibilidade de fazer reconstruções tridimensionais para examinar cada forame. É preciso, porém, que o consultório esteja informatizado e muitos ainda não estão. Miguel, entretanto, não pretende voltar atrás. Ele acredita que o problema que enfrenta é temporário e diz que está pagando o preço do pioneirismo.





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

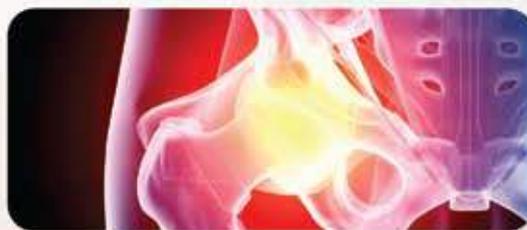


Laboratórios B. Braun S.A. | Aesculap
S.A.C.: 0800 0227286 | www.orthopilot.com.br

Siga a B. Braun nas Redes Sociais:

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

ELIQUIS® apixabana



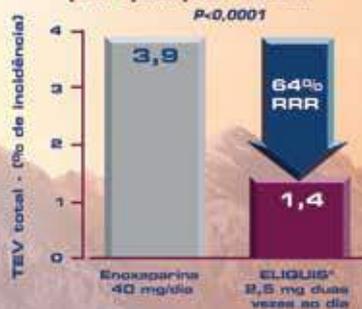
Na prevenção do TEV em artroplastia total de quadril
ELIQUIS® demonstrou eficácia superior versus enoxaparina²

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

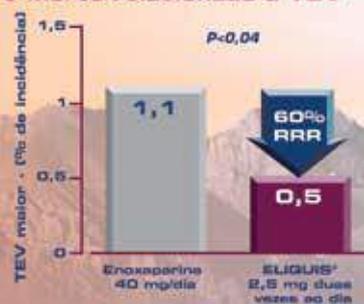
4/2708 pacientes no grupo ELIQUIS® vs.
10/2699 pacientes no grupo da enoxaparina²

ADVANCE - 3: artroplastia total de quadril (ATQ)

TEV total e morte por qualquer causa^a



TEV maior e morte relacionada a TEV^a



RRR: redução do risco relativo

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 à 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 trombofilaxia. 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. (eli02) 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.

Congressos sobre quadril se concentram no mês de setembro



Reinhold Ganz organiza o evento de Zurich

Cinco congressos sobre quadril se concentram no mês de setembro, mas territorialmente bem separados, pois há dois eventos marcados para os Estados Unidos, em Massachusetts e Minnesota, outro para Zurique e Berna, na Suíça, mais um em Florença, na Itália, sem esquecer a JOPPAQ, de Ribeirão Preto, quando será feita a prova de obtenção de título de especialista em Quadril.

O primeiro evento de setembro será o 'Meeting of the Hip Society and AAHKS' – Encontro Científico do Verão, em Rochester, Estado de Minnesota, que irá de 13 a 15. Já na segunda quinzena terá lugar o congresso da Sociedade Europeia de Quadril - EHS, o décimo da entidade, que este ano

será em Florença, na Itália, entre os dias 20 e 22, e que deverá ser o evento com maior número de participantes.

Entre os dias 20 e 22 a 'XV Jornada Paulista de Patologia do Quadril – JOPPAQ' está marcada para Ribeirão Preto, no Interior de São Paulo e entre os dias 27 e 29 a cidade de Zurique, na Suíça, abrigará o 'International Hip Society Closed Meeting 2012', marcado para o 'Hotel Sheraton Sihlcity', no qual um dos palestrantes será o presidente da **SBQ**, Sergio Rudelli.

O último evento do mês será em Massachusetts, na cidade de Boston, entre os dias 28 e 29 e será o '4th International Society for Hip Arthroscopy – ISHA'.



Diretoria, Conselho Consultivo e presidentes de Regionais se reúnem em Mogi das Cruzes

O tradicional workshop da Sanofi, este ano no Paradise Resort, em Mogi das Cruzes, na Grande São Paulo, é a oportunidade para que a Diretoria, os ex-presidentes, que integram o Conselho Consultivo da **SBQ** e os presidentes das Regionais se reúnam para o planejamento dos eventos e atividades da instituição nos próximos meses.

Marcado para fim de agosto, o encontro congrega cerca de trinta ortopedistas especializados

em Quadril e consta de um módulo científico, na parte da manhã, com palestra sobre o tema 'Infecções em Prótese', seguindo-se a conferência a respeito de 'Complicações de Trombolismo Venoso em Grandes Cirurgias Ortopédicas'.

No segundo módulo, no período da tarde, Sergio Rudelli dirige a reunião administrativa da **Sociedade Brasileira de Quadril**, com uma ampla pauta que inclui o planejamento das atividades



Paradise Resort, em Mogi das Cruzes - SP

a serem desenvolvidas pela entidade.

O workshop da Sanofi é um evento que se repete há sete anos e já se tornou tradicional, tendo ocorrido no passado na Praia do Forte (Salvador), em Búzios (RJ) e Guarujá (SP).



Leandro, de Belo Horizonte, é o mais novo sócio da SBQ

Com 33 anos, o mineiro Leandro Emilio Nascimento Santos, é o sócio que mais recentemente entrou na **SBQ** e se inscreveu com orgulho, diz ele, e tem muito que comemorar no começo de carreira.

Mineiro de Belo Horizonte, Leandro é formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, fez a residência de Ortopedia e Traumatologia no Hospital Felício Rocho, e foi com surpresa que, ao terminar a residência, foi convidado por seu preceptor, professor Leonardo Brandão Figueiredo, a fazer parte da equipe de Ortopedia desse hospital.

“Foi uma enorme satisfação num dia ser residente de um mestre dessa envergadura e depois estar trabalhando ao lado dele, como um companheiro de profissão na especialidade de quadril”, afirma.

Em 2009, fez a subespecialidade de Quadril no Hospital Santa Marcelina em São Paulo com Flávio Turíbio, Miguel e Marco Aurélio. Fez também os cursos básico e avançado (Quadril) de Artroscopia na USP e, neste mesmo ano, acompanhou Henrique Cabrita e Henrique Gurgel no Instituto Vita.

Leandro obteve a aprovação na prova para admissão de novos membros à **Sociedade Brasileira de Quadril** durante o congresso de Foz de Iguaçu e conquistou o segundo lugar.

Em seguida, obteve o primeiro lugar das quatro vagas que a Força Aérea Brasileira abriu para Ortopedia. Isso num concurso nacional, do qual participaram candidatos de todos os quadrantes do País. Fez o Curso de Instrução e Adaptação no CIAAR em Belo Horizonte e começou a carreira militar, que já o encantou no posto de primeiro-tenente.



Leandro com o professor Leonardo Brandão Figueiredo, em San Diego

O ortopedista mineiro está muito satisfeito com seu ingresso na **SBQ**, que define como “uma instituição muito coesa e liderada pelos mais experientes e destacados profissionais do Brasil”, o que garante a capacitação permanente e o aprimoramento profissional dos sócios. As sugestões de artigos, os congressos, a facilidade de acompanhar a mais recente evolução do conhecimento da especialidade de quadril são umas das facilidades que a **SBQ** proporciona aos associados.

Apesar do sucesso inicial, o ortopedista tem ambições a médio e longo prazo. No hospital, onde não só atende consultas, como também opera, é o local que define como “uma instituição ideal, que me proporciona um trabalho com grande satisfação, mas, no futuro, espero fazer *stricto sensu* e depois abrir meu próprio consultório”.

Queixas, Leandro não tem. Acredita que acertou na escolha da profissão e da subespecialidade. Afirma que está no hospital certo. Trabalha com material de primeira qualidade e com tecnologia de ponta e, além disso, está numa instituição com grande credibilidade e excelente nível científico.





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 CECIDOCÓZOL, FITONAVIR, DRONEDARONA; EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLAREANÇAS DE CREATININA < 15 ML/MIN); EM PACIENTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE OU COM VÁLVULAS CARDÍACAS PROSTÉTICAS. USO COM CAUTELA EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLAREANÇAS 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 HEMOSTASA OU COM POTENTES INDUTORES DA CYP3A4; EM PACIENTES COM RISCO ELEVADO DE SANGRAMENTO; EM PACIENTES EM RISCO DE DOENÇA GASTROINTESTINAL, ULCERATIVA, TRATAMENTO PROFIÁTICO APROPRIADO PODE SER CONSIDERADO. MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTIACOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. XARELTO CONTÉM LACTOSE. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** ANEMIA, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPITAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTROINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DISPEPSIA, NÁUSEA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, VÔMITO, PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVÇÃO DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. **POSIOLOGIA:** 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 INGERIR 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 HEMOSTASA. **CLASSIFICAÇÃO PARA FORNECIMENTO:** PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA.

REFERÊNCIAS: 1. ERIKSSON BJ, BORRIS LC, FRIEDMAN RJ, HAAS S, HUSMAN MV, KAVARI AK, BANDEL TJ, BECKMANN H, MUEHLHOFER E, MISSELWITZ F, GEERTZ W; RECORD 1 STUDY GROUP. RIVAROXABAN VERSUS ENOXAPARIN FOR THROMBOPROPHYLAXIS AFTER HIP ARTHROPLASTY. N ENGL J MED. 2008 JUN; 263(58):2765-75. 2. KAVARI AK, BRENNER B, DAHL CE, ERIKSSON BJ, MOURIET P, MUNTZ J, SOGLIAN AG, 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 (9523):31-9. 3. LASSEN MR, AGEND 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; 263(58):2776-86. 4. TURPPE AG, LASSEN MR, DAVIDSON BL, BAUER KA, GENT M, KWONG LM, CUSHNER PD, LÖTKE 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):1573-80.

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





Hip

 Lima

