

CAPITAL REUMATO

Março / Abril / Maio 2018

ISSN: 2526-4087

Nº
05

**A VEZ E A VOZ DO
ESPECIALISTA**

Medicina Intervencionista
da Dor e a Reumatologia

**NEFRITE
LÚPICA
REFRATÁRIA**

Reumato na prática

*Vacinação na Prática
Reumatológica*



SOCIEDADE DE
REUMATOLOGIA
DE BRASÍLIA



MARKETING PARA MÉDICOS E SOCIEDADES MÉDICAS

• CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS

QUAL O SEU PRINCIPAL OBJETIVO? (MAIS PACIENTES, MAIS REPUTAÇÃO?)

COM PLANEJAMENTO E A ESTRATÉGIA DE MARKETING ADEQUADA, ATINGIR O OBJETIVO SE TORNA MUITO MAIS FÁCIL.

Nosso trabalho é realizado por uma equipe com visão empreendedora, que entende a rotina e os problemas de um consultório e tem ampla experiência na área médica e da saúde.

• SOCIEDADE MÉDICA

ALÉM DE RESPEITO E TRADIÇÃO É PRECISO TER VISÃO PANORÂMICA

Nós entendemos as dificuldades e a complexidade de gerir uma sociedade médica. Com inovação e planejamento estratégico, a sua instituição poderá estar a frente e se comunicar de maneira eficiente, tanto com o público quanto com o profissional, de forma estruturada e adequada a cada perfil.

Alguns serviços:

- Criação de sites e Portais
- Assessoria de Imprensa
- Sistema de gerenciamento de sócios
- Aplicativos para discussão de casos clínicos
- Campanhas publicitárias
- Elaboração de Midia Kit para a indústria
- Divulgação de Congressos
- Educação Continuada - Webcast
- Monitoramento de redes sociais
- Criação de logotipo

conectandopessoas
comunicação e marketing

**FALE COM A GENTE!
ATENDEMOS TODO
O BRASIL**

contato@conectandopessoas.com.br

(61) 3965-6766 - BRASÍLIA

(11) 2384-3364 - SÃO PAULO

Alguns clientes:



Palavra da Editora

Estimados colegas,

A Reumatologia é uma eterna “mutante” que nos surpreende diariamente. A cada caso atendido, novos tratamentos ou intermináveis assuntos relevantes, somos desafiados e testados em vários aspectos.

Dessa forma, creio que toda ferramenta que possa nos ajudar nessa missão é sempre válida. Pensando assim, tentamos manter informações úteis, práticas e de rápida leitura em nossa revista. O novo surto de febre amarela nos incentivou a discutir um pouco sobre vacinação na sessão “Reumato na prática”. A complexidade da nefrite lúpica refratária é assunto da sessão “Convidado especial”, com a honrosa participação da Dra. Emília Sato.

A abordagem da dor, que deve ser constantemente revisada por nós, é assunto abordado pelo colega Dr. Rodrigo Aires, anestesiológista e especialista em medicina intervencionista da dor. Os assuntos socio-culturais nos revelam reumatologistas talentosos e nos ajudam a avançar a leitura com leveza.

Neste segundo ano de existência, a Capital Reumato vem crescendo em tamanho e importância, graças à contribuição e ao incentivo de colegas de todo o país. Seguiremos com muitas ideias e projetos ousados.

Contamos com vocês!



Ana Paula Gomides

Reumatologista, editora da revista Capital Reumato

Diretoria

• Presidente

Luciana Feitosa Muniz

• Vice-presidente

Anna Beatriz Assad Maia

• 1ª secretária

Carol Riether Vizioli

• 2ª secretária

Bernardo Matos da Cunha

• 1ª tesoureira

Jamille Carneiro

• 2ª tesoureira

Isadora Jochims

• Diretora científica

Lícia Maria Henrique da Mata

• Diretora de evento e divulgação

Ana Paula Monteiro Gomides

• Comissão científica

Luciano Junqueira
Rodrigo Aires Correira Lima
Rogério Amaral
Zilcem Costa Arruda Junior

• Comissão de evento e divulgação

Ana Cristina Vanderley
Hellen de Carvalho
Lucia Maria Gonçalves
Sandra Andrade Silva
Tania Maria Oliveira

• Conselho fiscal e consultivo

Cleandro Albuquerque
Francisco Aires
Gustavo Paiva Costa

Índice

p/03

Palavra da Editora

Dra. Ana Paula Gomides

p/06

Mensagem da Presidente

Dra. Luciana Muniz

p/07

Aconteceu

Confira os eventos

p/08

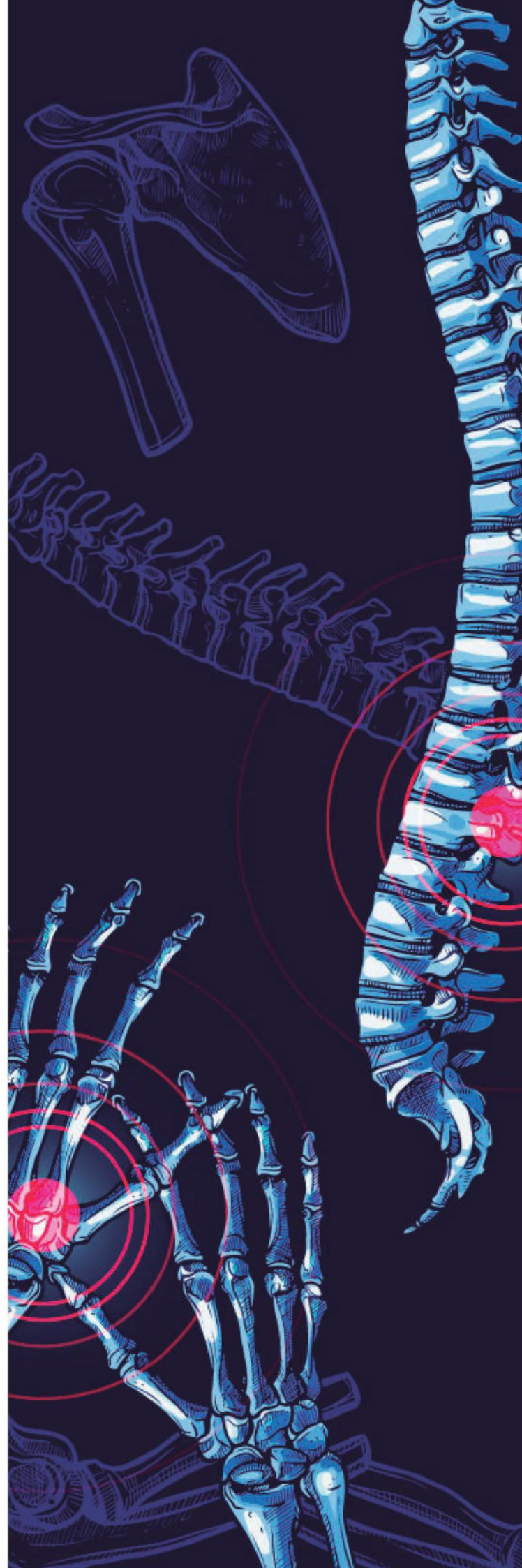
Homenagem

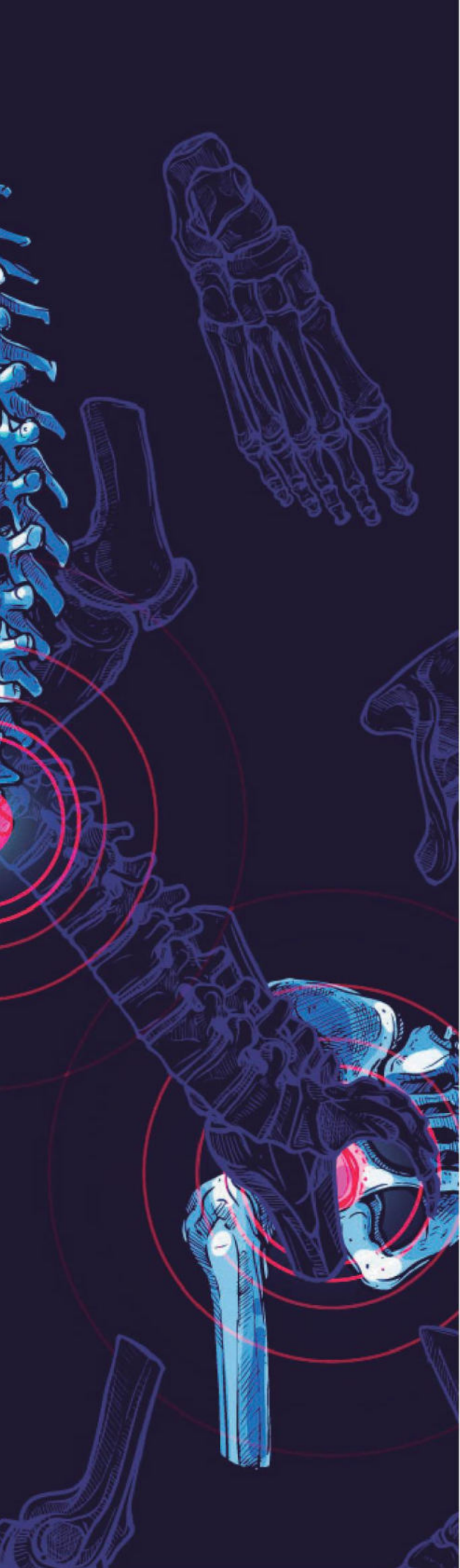
Luis Piva Júnior

p/09

O que eu faço além da Reumatologia

Dra. Hellen Mary





p/10-13

A vez e a voz do especialista

Rodrigo B. Aires

p/14-20

Conviado Especial

Nefrite Lúpica Refratária
Ana Carolina Franco Passos
Emilia Inoue Sato

p/22-23

Pausa para a Arte

Mãos, uma obra de arte
Dra. Isadora Jochins

p/24-30

Reumato na prática

Vacinas na prática reumatológica
Dra Ana Paula Gomides
Profa. Dra. Gecilmara Salviato Pileggi

Mensagem da Presidente

Caros reumatos,

O ano de 2017 foi desafiador para a Sociedade de Reumatologia de Brasília (SRB). Com muito orgulho, lançamos a Revista *Capital Reumato*, que já chega à 5ª edição com grande sucesso local e nacional, e que se consolida como importante meio de comunicação e atualização da nossa sociedade.

Outros projetos de 2017 também foram gratificantes: retomamos as reuniões científicas regulares da SRB com temas relevantes e excelentes palestrantes, revitalizamos a logomarca da SRB, criamos o nosso novo site e realizamos o tradicional Encontro GO–DF.

O resgate histórico da SRB também nos mostrou o caminho que pessoas competentes e queridas trilharam para desbravar a Reumatologia no Distrito Federal (DF).

Em 2018 daremos continuidade e consolidaremos os projetos iniciados em 2017 e também realizaremos o ATUAR – Atualização em Reumatologia, evento que ocorrerá nos dias 5 e 6 de outubro em Brasília, e que trará diversos temas do nosso dia a dia, abordados de maneira mais prática. O evento já está sendo organizado com muito empenho e pretende entrar no calendário da Reumatologia local e nacional.

Já temos mais de cem reumatologistas no DF e sabemos que ainda temos muito a fazer pela nossa especialidade.

Agradecemos o apoio e incentivos recebidos, e pretendemos neste ano unir e fortalecer ainda mais a Reumatologia na capital federal. Como diz o sábio provérbio: “Se quer ir rápido, vá sozinho. Se quiser ir longe, vá em grupo”. Vamos?

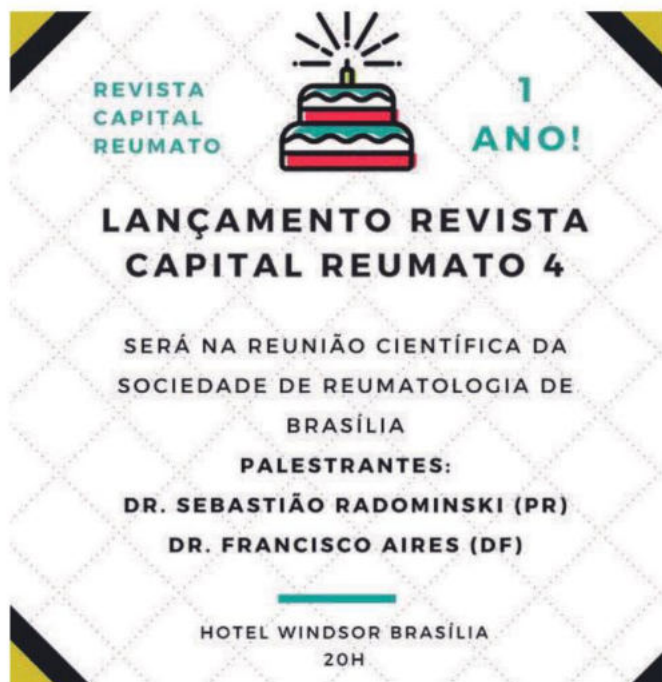
Grande abraço!



Dra. Luciana Muniz
Presidente da SRB 2017-2018



ACONTECEU



Cartaz de lançamento da edição nº 4 da Capital Reumato.



Convite para a Reunião Clínica realizada em novembro de 2017.



Membros da Reunião Clínica

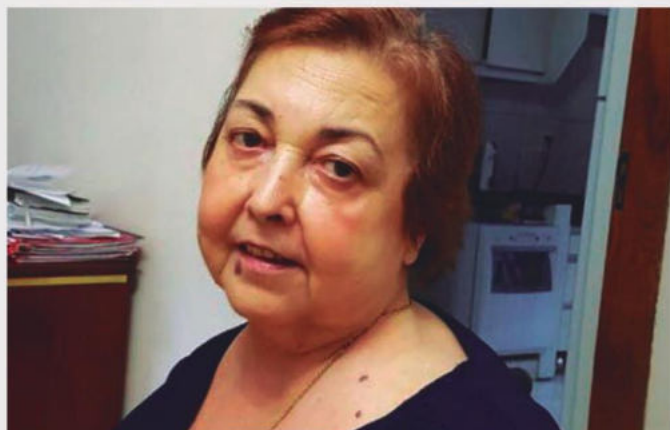


Membros da Reunião Clínica



Janeiro de 2018. Reunião de planejamento da Sociedade de Reumatologia para 2018.

Homenagem



Abigail Gomes Silva

Diz o Sagrado Livro que algumas sementes são muito produtivas quando lançadas ao solo, produzindo cem por um! Este é o caso de nossa Abigail ou, mais intimamente, BIGA.

A conhecia desde 1992, quando, então residente, acompanhei uma artroplastia total de seu joelho se infectar, uma posterior artrodese e nunca mais Abigail deixou de usar cadeira de rodas. Em abril de 1992, no oitavo andar do Hospital de Base do Distrito Federal, um jovem residente de Reumatologia, as Dras. Helenice Teixeira e Lúcia Gonçalves e mais seis pacientes com artrite reumatoide fundavam o CAB (Clube dos Artríticos de Brasília), primeira instituição no Distrito Federal a orientar os então esquecidos pacientes reumáticos a buscar apoio médico, fisioterápico e seus demais direitos. Abigail, mesmo com suas muitas limitações físicas, tornou-se uma gigante.

Começou com reuniões de esclarecimento e trabalhos lúdicos, envolvendo muitos profissionais da área de saúde, com orientações inicialmente aos pacientes portadores de artrite reumatoide e, posteriormente, a todos os outros do universo reumatológico. O trabalho cresceu e o CAB tornou-se ABRAPAR (Associação de Pacientes Reumáticos de Brasília).

Churrascos beneficentes anuais foram realizados, dias de conscientização anuais para a população do Dia do Reumatismo. Abigail, incansável, com o apoio da SBR e da Sociedade de Reumatologia de Brasília, fundou a ANAPAR (Associação Nacional dos Pa-

cientes Reumáticos) e, com a realização de Fóruns de Encontro Nacional de Pacientes Reumáticos, por mais de uma vez reuniu representantes de todos os grupos nacionais de pacientes reumáticos e autoridades da Anvisa, Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal, pleiteando melhor acesso aos recursos do SUS para esses pacientes.

Foi por sua influência que foi criada a Câmara Técnica de Reumatologia no Ministério da Saúde (Gestão Geraldo Castelar Jr.), com bastante apoio do Dr. Mário Soares Ferreira. Também foi dela a iniciativa de audiência na Câmara Federal, onde pacientes reunidos, com o apoio do Dr. Luis Piva Júnior, a batalha vitoriosa para inclusão no SUS das medicações biológicas.

Lembro-me também dos inúmeros “bilhetes” escritos de próprio punho encaminhando pacientes para serem atendidos pelos colegas reumatologistas do DF. Abigail descansa hoje nos braços do Criador, mas seu legado permanece como exemplo para as futuras gerações de pacientes e de profissionais da área de saúde.

Descanse em paz, BIGA!

Luis Piva Júnior
Reumatologista do DF - 01/12/2017



Amar é acolher, é compreender,
é fazer o outro crescer.

Zilda Arns Neumann



O QUE EU FAÇO ALÉM DA REUMATOLOGIA



Foto: Dra. Hellen Mary, Reumatologista do DF

Sobre o rio Tietê

Encontro no espelho do rio
O reflexo do passar de uma vida
Em dejetos deixados
Por desejos mal resolvidos
Ou momentos de discurso agressivo
Aquecido pela química de um trago
E pelo gosto da amarga bebida
Deixando no leito onde se deita e deleita
O lixo de pensamentos impuros
Que se rejeita e represa parando no tempo
Sem se tomar conta que se encontra
Cada vez mais ao relento
Desamparo e desencanto
Naquela estrada de rio
Que tenta seguir o seu curso
À procura do colo no mar.

Dra. Hellen Mary
Reumatologista do DF



A VEZ E A VOZ DO ESPECIALISTA

Rodrigo B. Aires

Anestesiologista do Hospital Santa Lúcia, título de Especialista em Anestesiologia (SBA), título Superior em Anestesiologia (SBA), certificado de Atuação em Área de Dor (AMBr), especialização em Medicina Intervencionista da Dor. Contato: airesrod@gmail.com

Medicina Intervencionista da Dor e a Reumatologia



Tratar a dor do semelhante sempre foi um dos motivos básicos da existência de nossa profissão. A necessidade de aprofundar-se no conhecimento da Fisiopatologia e nas alternativas de tratamento da infinidade de situações dolorosas crônicas fez florescer uma área da Medicina voltada exclusivamente a esse tão pernicioso sintoma: a dor.

A Medicina da Dor permitiu que muitos resultados positivos fossem alcançados, trazendo alento e conforto à situações que antes eram consideradas “intratáveis”. Com o passar do tempo, no entanto, percebeu-se que, mesmo assim, muitos indivíduos permaneciam com suas dores mal tratadas, gerando enorme sofrimento e custos pessoais, profissionais e financeiros, que somente quem sente pode compreender.

Naturalmente o conhecimento evoluiu no sentido de individualizar a estrutura anatômica que seria a causa da dor, permitindo ao médico assistente confirmar sua hipótese diagnóstica ou descartá-la e, de posse dessa informação, elaborar uma nova estratégia terapêutica mais específica.

Esse foi o mote para o desenvolvimento e crescimento da Medicina Intervencionista da dor: atuar sobre estruturas anatômicas específicas, administrando analgésicos/anestésicos sobre as mesmas, permitindo diagnóstico mais preciso e tratamento mais direcionado.

São, então, premissas da MID: avaliação de estruturas definidas (pela história clínica, exame físico e exames complementares), com a introdução de agulhas guiadas por imagem (radioscopia, ultrassonografia ou tomografia), e administração de pequenas quantidades de medicamentos sobre aquele ponto planejado. A ideia é que não haja contaminação de estruturas vizinhas, o que atrapalharia a avaliação.



Dessa forma, anestesiando-se um nervo que supre uma determinada articulação ou bloqueando-se o sistema nervoso simpático que inerva um braço, por exemplo, pode-se ter a real ideia da influência daquelas estruturas nervosas sobre a sintomatologia apresentada. Como exemplo clássico podemos citar a dor axial lombar. Tradicionalmente, podem-se estabelecer como causas a dor discogênica, a síndrome facetária lombar e a dor sacroilíaca.

Frequentemente a diferenciação pela avaliação clínica e/ou radiológica é muito difícil, havendo a necessidade de mais informações para o estabelecimento da melhor conduta. Nesse momento, utilizamos as técnicas da MID para auxiliar na elucidação diagnóstica.

No caso específico, podemos realizar o bloqueio anestésico (com pequenos volumes sobre a junção do processo articular superior com a base do processo transverso) dos ramos mediais lombares que inervam as facetas articulares. A melhora da dor confirmaria o diagnóstico de síndrome facetária.

Podemos também infiltrar as articulações sacroilíacas, o que confirmaria a hipótese diagnóstica de dor sacroilíaca. Evidentemente não bastava “somente” confirmar o diagnóstico, era preciso fornecer alguma alternativa terapêutica além das injeções de anestésicos locais e corticoides.

Surgiu então a ideia de realizar ablações nervosas nas estruturas responsáveis pelo quadro clínico. Precisaria ser uma técnica que permitisse o controle do tamanho da lesão, que não acometesse estruturas vizinhas e que pudesse ser administrada sem dor ou sem incisões.

A aplicação da radiofrequência caiu como uma luva, pois permitia a aplicação de energia térmica em níveis neuroablativos (90°C), localizadamente (pontas ativas de 5mm ou 10mm), por meio de agulhas (diâmetro de 22G), em nível ambulatorial e com pacientes sob sedação leve. Essa técnica permitiu que neuroablações pudessem prolongar os resultados analgésicos das síndromes facetárias (lombares e cervicais – ramos mediais), das dores sacroilíacas (ramos mediais posteriores), das gonartroses (nervos geniculares), nos quadris (ramos

sensitivos dos nervos femorais e obturadores), fascíte plantar (ramo plantar medial), síndromes dolorosas regionais complexas (sistema nervoso simpático torácico ou lombar), dores isquêmicas de membros (sistema nervoso torácico ou lombar), dores viscerais (plexo hipogástrico superior, nervos esplâncnicos, plexo celíaco), neuroma de Morton, entre outras.




Em todas essas situações, a aplicação de energia térmica leva à coagulação das finas fibras Ad e C, sem comprometimento motor e com analgesia que pode se prolongar por seis meses a até mais de um ano. Apesar da radiofrequência ter aberto um novo mundo para o tratamento da dor, diversas estruturas nervosas não podem ser lesadas, como os gânglios da raiz dorsal (nas neuralgias intercostais) e os nervos mistos (como o supraescapular em dores nos ombros).

Para esses casos, passou-se a adaptar a radiofrequência na modalidade pulsada, que, por não permitir temperaturas ablativas (45°C), tem efeito somente neuromodulador, pela aplicação do campo magnético da ponta da agulha sobre a estrutura nervosa de interesse. Isso permitiu que outras situações sem tratamento pudessem ser abordadas, como as dores intratáveis do ombro (nervo supraescapular), neuralgia pós-her-

pética e dores somáticas torácicas (gânglios da raiz dorsal), cefaleias primárias como dor facial atípica e hemicranias (gânglio esfenopalatino), entre outras.

E, finalmente, como a ideia de ser minimamente invasivo significou enorme mudança em relação a tratamentos anteriores, tentou-se evoluir ainda mais com a utilização de equipamentos implantáveis percutâneos para o tratamento de casos complexos. Esse foi o raciocínio para a utilização dos eletroestimuladores medulares (*failed back syndrome* e dores neuropáticas intratáveis) e das bombas de infusão subaracnóidea de fármacos, como a morfina nas dores nociceptivas oncológicas e o baclofeno para as espasticidades.

O campo é muito amplo, a tecnologia evolui rapidamente e novas técnicas/modalidades são continuamente apresentadas aos médicos, o que exige que, cada vez mais, quem se dedique ao tratamento da dor possua formação adequada e treinamento em serviço com o intuito de bem indicar a melhor técnica no melhor momento, permitindo assim que se alcancem os melhores resultados possíveis.

A photograph of a man from the back, with his hands on his lower back. Overlaid on his back is a colorful, semi-transparent anatomical diagram of the human spine and ribcage. The spine is highlighted in a gradient of colors from blue at the top to red and yellow at the bottom, indicating a point of focus or pain. The ribcage is shown in a light blue/purple hue. The background is a plain, light-colored wall.

Espera-se que, logo, a MID também venha a contar com um título que permita diferenciar os profissionais que se dedicaram a aprender as indicações e, principalmente, as não indicações dessa infinidade de técnicas. Como em qualquer terapêutica, os resultados são diretamente relacionados com uma boa indicação, o que depende, ainda, da boa e velha consulta médica e relação médico-paciente bem estabelecida.

Por enquanto, no Brasil, a Medicina da Dor existe como área de atuação de diversas especialidades médicas, como a própria

Reumatologia.

CONVIDADO ESPECIAL

Ana Carolina Franco Passos*
Emilia Inoue Sato**

*Residente de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo

**Professora Titular de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo

Nefrite Lúpica Refratária

A Nefrite Lúpica (NL) ocorre em cerca de metade dos pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e é considerada o principal preditor de morbimortalidade no LES¹. É importante ressaltar que a NL é uma manifestação grave e comum, sendo uma das principais causas de morte em nosso meio².

Em recente meta-análise, avaliando a taxa de mortalidade por causa específica incluindo quatro estudos com avaliação de comprometimento renal, foi observada taxa de mortalidade 4,68 (95% IC 2.357–9.330) vezes maior que a esperada para a população geral³.

Conquanto o prognóstico da NL tenha melhorado nas últimas décadas, atualmente, mesmo em centros especializados, 10% a 15% dos pacientes progridem para Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) em

10 anos⁴. O principal objetivo do tratamento da NL é evitar o dano renal e a progressão para DRCT. Os pacientes com NL que apresentam remissão ao tratamento, seja ela completa (RC) ou parcial (RP), têm melhor sobrevida geral do que aqueles sem resposta^{5, 6}. Além disso, é reconhecido que o tempo para atingir a remissão também influencia o prognóstico: os pacientes que não atingem a remissão nos primeiros 12 meses de tratamento da NL apresentam pior prognóstico renal⁷⁻⁹.

A definição de Nefrite Lúpica Refratária (NLR) varia na literatura, mas em geral é considerada refratária quando não há resposta ao tratamento, mantendo-se o processo fisiopatológico de lesão renal imune-mediada, levando a dano renal progressivo, com perda da função renal, tornando necessária a troca do imunossupressor, na tentativa de sustar a progressão do dano.

A definição de resposta adequada ao tratamento também é variada na literatura, sendo considerada principalmente a proteinúria, a creatinina plasmática e o sedimento urinário ativo, pois ainda não existe um biomarcador para avaliar a resposta ao tratamento.

A biópsia renal seria um método invasivo, não rotineiro com esse propósito. A tabela 1 traz as definições do Consenso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Reumatologia para RC, RP e NLR¹⁰.

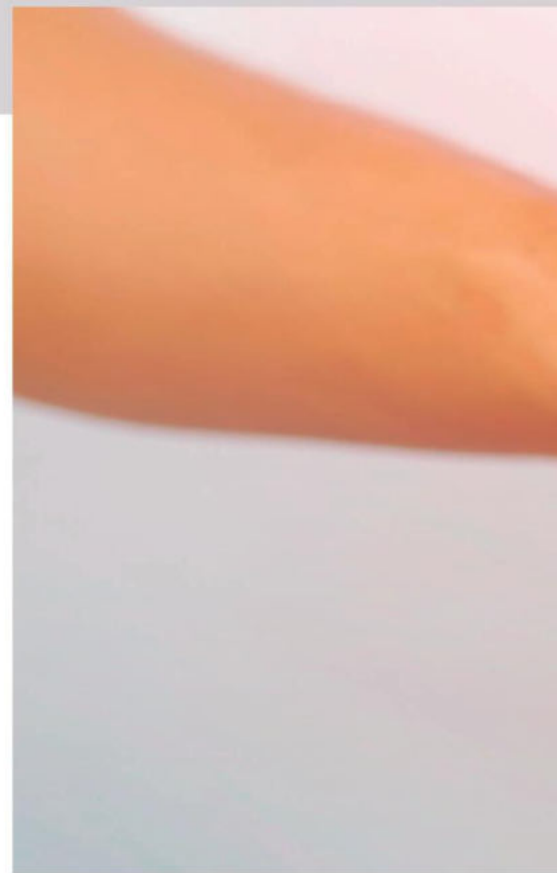




Tabela 1. Definição de resposta ao tratamento de indução da Nefrite Lúpica, de acordo com o Consenso Brasileiro de Reumatologia.(10)

Resposta ao tratamento	
Remissão completa (RC)	Proteinúria < 0,5 g/24 horas ou relação P/C < 0,5 e TFG normal ou redução < 10% do valor prévio, ou LSN do método, se o primeiro não for disponível e Urina-análise normal.
Remissão parcial (RP)	Redução > 50% da proteinúria inicial com valor < 3,0 g/24 horas ou relação P/C < 3,0 e TFG normal ou redução < 10% do valor prévio, ou, LSN do método, se o primeiro não for disponível e Urina-análise normal.
Nefrite Lúpica Refratária (NLR)	Remissão completa ou parcial não alcançada após 12 meses de tratamento adequado.

LSN: Limite Superior da Normalidade

Diante de uma nefrite lúpica não responsiva ao tratamento, algumas questões precisam ser consideradas:

1. Quais os critérios usados para considerar refratariedade ao tratamento?

Para avaliar a atividade da nefrite são considerados valores de creatinina, proteinúria e sedimento urinário. Entretanto, nenhuma dessas alterações é específica para atividade renal de doença.

No exame do sedimento urinário, a hematúria e/ou leucocitúria podem ter outras causas, como infecção urinária (ITU), cálculos renais, toxicidade medicamentosa a ciclofosfamida (CFA), menstruação, ou mesmo erro de coleta. A ITU chega a acometer 22% dos pacientes com NL e é um diagnóstico diferencial importante diante de uma análise de urina alterada¹¹.

Em nosso meio, devemos lembrar da possibilidade de tuberculose renal em casos de leucocitúria e/ou hematúria, com urocultura estéril¹².

A creatinina plasmática é pouco sensível para quedas iniciais da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), e o uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (iECA) e de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

pode aumentar a creatinina, sendo mais importante o seu aumento progressivo ao longo do tempo do que seu valor isolado.

A proteinúria é um método sensível para detectar o dano glomerular e, embora também possa aumentar em outras situações, não sendo específica para a lesão da NL, atualmente é considerada importante preditor de dano renal e, em estudos clínicos, tem sido utilizada para avaliar a resposta ao tratamento.



Em um estudo, proteinúria <0,8g/24h aos 12 meses de tratamento foi o melhor preditor individual de bom prognóstico renal a longo prazo¹³.

2. A resposta inadequada indica necessidade de mudança do tratamento imunossupressor?

Antes de mudar o tratamento imunossupressor é importante avaliar se a dose do medicamento está adequada para o paciente e, principalmente, se o paciente está tomando a medicação com regularidade e na dose prescrita.

Deve ser lembrada a falta de adesão ao tratamento, quando o paciente suspende a medicação ou reduz a sua dose por intolerância ou simplesmente por achar que a dose é muito alta. A tabela 2 mostra as doses recomendadas de CFA e de micofenolato de mofetila (MMF) para a terapia de indução.

Tabela 2. Doses dos imunossupressores utilizados no tratamento da Nefrite Lúpica.¹⁰

Imunossupressor	Dose na indução
Corticoesteróides	Pulsoterapia com Metilprednisolona (0,5 g a 1g IV) por 3 dias no início da indução, seguido de prednisona entre 0,5 mg a 1mg/Kg/dia por três a quatro semanas, com redução progressiva até alcançar a dose de 5mg a 10 mg/dia em seis meses.
Ciclofosfamida endovenosa	CFA 0,5 g a 1 g/m ² , superfície corporal IV, mensalmente, durante seis meses, ou CFA 0,5 g IV a cada 15 dias durante três meses (esquema EUROLUPUS).
Micofenolato de Mofetila ou de Sódio (MMF)	MMF de mofetila (2 a 3 g/dia). MMF de sódio (1,44g a 2,16g/dia).

Além disso, é importante atuar nos mecanismos não imunes de lesão renal e que também estão associados a pior prognóstico renal. É recomendado o uso de antiproteínúricos como os iECA ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA), mesmo naqueles com níveis pressóricos normais, exceto quando houver contraindicação.

Fazer rigoroso controle de comorbidades como a hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus, evitar o uso de medicamentos nefrotóxicos e, sempre que possível, associar a hidroxiquina, pois seu uso está

associado a taxas mais altas de resposta ao tratamento, menor frequência de recidivas e menor intensidade de dano renal.

Nem todo comprometimento renal em paciente com LES é causado por glomerulonefrite imunomediada; portanto, diante de NL que não responde ao tratamento, é importante questionar a possibilidade de outros diagnósticos, como a microangiopatia trombótica, trombose da veia renal, podocitopatia lúpica, doença tubulointersticial, ou mesmo causas não relacionadas ao LES, como nefrite intersticial secundária

a medicamentos, glomeruloesclerose segmentar focal (GESF), nefrosclerose hipertensiva, nefropatia do diabetes etc.

A biopsia renal pode ser necessária para elucidação diagnóstica nesses casos.



3. Qual imunossupressor escolher na NLR?

Identificada uma NLR, com atividade inflamatória persistente e não responsiva ao tratamento adequado, é importante a substituição do imunossupressor.

Atualmente o tratamento da NL é feito em duas etapas:

A) Fase de indução, cujo principal objetivo é interromper a atividade inflamatória imunomediada e evitar dano renal;

B) Fase de manutenção, iniciada após atingir a remissão da NL, com o objetivo de manter a remissão e evitar recidivas da NL.

A indução é habitualmente feita com pulsoterapia com Solumedrol (CE) por três dias, associada à ciclofosfamida (CFA) endovenosa, ou com Micofenolato de Mofetila ou Micofenolato de sódio (MMF)^{10, 14, 15}, sem preferência entre as opções, embora haja variações na resposta ao tratamento de acordo com a etnia (melhor resposta ao MMF nos pacientes hispânicos e afroamericanos em relação aos caucasianos)^{16, 17}.

Aos três meses de tratamento, se não houver nenhuma resposta, ou se ocorrer piora dos parâmetros de avaliação da NL, deve ser indicada substituição dos medicamentos. Após seis meses de tratamento, se não houver alcançado RP ou RC, também se indica a troca,

refazendo a pulsoterapia com Solumedrol e a substituição da CFM por MMF ou vice-versa.

Em casos não responsivos ao tratamento com CFA e com MMF, ou, no caso de contraindicação ao uso dos mesmos, a opção terapêutica é mais limitada e muitas vezes fica na dependência da opinião dos especialistas na área, pois não há estudos controlados bem conduzidos para avaliar a eficácia do tratamento desses casos.

Segundo orientações do consenso americano¹⁵, do consenso europeu¹⁴ e do Consenso Brasileiro de Nefrite Lúpica¹⁰, as opções para o tratamento da NLR são:

• Terapia de depleção das células B

As células B têm sido estudadas como alvo terapêutico, com base no conhecimento da ação dos linfócitos B na patogênese da NL, pela apresentação de antígenos, produção de citocinas e interação com as células T e da geração de plasmócitos que produzem autoanticorpo.

O Rituximabe (RTX) é um anticorpo monoclonal anti-CD20 que depleta as células B que expressam CD20 em sua superfície. Embora em estudo controlado e randomizado (ECR) a associação de RTX não se tenha mostrado superior ao uso de MMF associado a CE no tratamento da NL (18), o uso do RTX consta das diretrizes atuais do tratamento da NL não responsiva ao tratamento de indução^{10, 14, 15}.

Diversos estudos abertos têm mostrado eficácia do RTX em pacientes com NL refratários a CFA, MMF ou a ambos os medicamentos¹⁹⁻²³. Em estudo piloto, o uso de RTX associado a MMF e pulso de CE, sem CE oral, apresentou taxa de RC e RP semelhante aos referidos em outros ECR para NL, sugerindo a possibilidade de tratar NL sem uso de CE, reduzindo assim os indesejáveis efeitos da corticoterapia prolongada²⁴.

• Inibidores de calcineurinas

Outra opção no tratamento da NLR, também indicada nas diretrizes, é o uso dos inibidores da calcineurina: Ciclosporina (CsA) e Tacrolimus (TAC). O mecanismo de ação do TAC na NL não é bem conhecido, mas estudos *in vitro* e em modelos animais mostraram que TAC age em linfócitos T reduzindo a produção de IL2 e outras citocinas¹⁶ como o TNF, IFN gama, IL6 e IL10s.

Através da inibição da ação de linfócitos T, indiretamente, podem reduzir a sinalização para ativação de linfócitos B, com consequente redução na produção de imunoglobulinas. Além disso, estabiliza a actina do citoesqueleto dos podócitos, melhorando a proteinúria²⁵.

O TAC tem sido indicado no tratamento da NL de forma isolada (monoterapia)²⁵ ou em associação com o MMF (terapia multialvo)²⁶.

Melhores resultados têm sido demonstrados com a terapia multialvo, com a associação de TAC e MMF. Em recente meta-análise avaliando a eficácia de diferentes terapias em relação ao uso de CFA, foi observado que os tratamentos mais efetivos para induzir a remissão foram: a) MMF + inibidores da calcineurinas (ORs de 2.69 [95% CI, 1.74-4.16]), b) calcineurinas (ORs 1.86 [95% CI, 1.05-3.30]) e c) MMF (ORs 1.54 [95% CI, 1.04-2.30])²⁷.

Entretanto, a diferença entre essas terapias em relação à mortalidade, duplicação dos níveis de creatinina e progressão para DRCT não foi significativa. Portanto, esses resultados precisam ser interpretados com cautela, pois a redução da proteinúria (principal determinante de remissão da NL) pode ocorrer ainda que haja um processo imune/inflamatório ativo no rim.

Além disso, os estudos realizados até o momento tiveram pouco tempo de seguimento e foram realizados principalmente em população asiática, não devendo ser extrapolados para pacientes com características genéticas, culturais e ambientais diferentes.

A terapia associando os inibidores da calcineurina ao MMF (terapia multialvo) parece ser promissora, deveria ser estudada em pacientes de outras etnias e deverá ser lembrada no tratamento da NLR.

O custo do tacrolimus é um dos problemas para seu uso em nosso meio, visto que não consta da lista de medicamentos de alto custo disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na fisiopatologia da NL, observa-se que vários mecanismos contribuem para o dano renal, com atuação tanto da imunidade inata quanto da adaptativa.

Há participação do sistema de complemento, autoanticorpos, citocinas e importante participação de linfócitos B e T, o que tem levado ao desenvolvimento de novos alvos terapêuticos, além da ideia de que mais de um mecanismo deveriam ser bloqueados no tratamento da NL e novas terapias biológicas estão sendo avaliadas, em fase II ou III, como o Obinutuzumabe (anti-CD20 humano), Belimumabe (anti-Blys) e Anifrolumab (monoclonal antirreceptor de INF alfa tipo I)²⁸.



Conclusão



Fica evidente que o tratamento da NL ainda é um desafio, mesmo nos tempos atuais, visto que, apesar da melhora do tratamento imunossupressor, muitos pacientes continuam progredindo para DRCT, com significativo aumento de risco de óbito. Mesmo com o tratamento adequado, a taxa de remissão (RC ou RP) é baixa, chegando em torno de 50% em seis meses de tratamento.

O tratamento dos casos refratários de NL não tem sido avaliado em estudos controlados com grande número de pacientes e em população multiétnica como a do Brasil. O alto custo de medicamentos como o MMF, RTX e TAC e a não disponibilidade na lista de medicamentos de alto custo para o tratamento de pacientes com LES tornam ainda mais difícil a atuação de reumatologistas e nefrologistas, sobretudo no atendimento pelo SUS.

Estudos multicêntricos avaliando tratamento da NLR são desejáveis e necessários em nosso meio.

Referências bibliográficas

1. DANILA, M. I.; PONS-ESTEL, G. J.; ZHANG, J.; VILA, L. M.; REVEILLE, J. D.; ALARCON, G. S. Renal damage is the most important predictor of mortality within the damage index: data from LUMINA LXIV, a multiethnic US cohort. *Rheumatology, Oxford*, 48(5):542-5, 2009.
2. SOUZA, D. C.; SANTO, A. H.; SATO, E. I. Mortality profile related to systemic lupus erythematosus: a multiple cause-of-death analysis. *J Rheumatol.*, 39(3):496-503, 2012.
3. LEE, Y. H.; CHOI, S. J.; JI, J. D.; SONG, G. G. Overall and cause-specific mortality in systemic lupus erythematosus: an updated meta-analysis. *Lupus*, 25(7):727-34, 2016.
4. FAURSCHOU, M.; DREYER, L.; KAMPER, A. L.; STARKLINT, H.; JACOBSEN, S. Long-term mortality and renal outcome in a cohort of 100 patients with lupus nephritis. *Arthritis Care Res., Hoboken*, 62(6):873-80, 2010.
5. CHEN, Y. E.; KORBET, S. M.; KATZ, R. S.; SCHWARTZ, M. M.; LEWIS, E. J. Value of a complete or partial remission in severe lupus nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol.*, 3(1):46-53, 2008.
6. PAKFETRAT, M.; MALEKMAKAN, L.; KAMRANPOUR, M.; TADAYON, T. A five consecutive years' study of renal function outcome among biopsy proven lupus nephritis patients in Southern Iran. *Lupus*, 2017: 961203317696588.
7. MAHMOUD, G. A.; ZAYED, H. S.; GHONIEM, S. A. Renal outcomes among Egyptian lupus nephritis patients: a retrospective analysis of 135 cases from a single centre. *Lupus*, 24(3):331-8, 2015.
8. HOUSSIAU, F. A.; VASCONCELOS, C.; D'CRUZ, D.; SEBASTIANI, G. D.; GARRIDO, E. de R.; DANIELI, M. G. et al. Early response to immunosuppressive therapy predicts good renal outcome in lupus nephritis: lessons from long-term followup of patients in the Euro-Lupus Nephritis Trial. *Arthritis Rheum.*, 50(12):3934-40, 2004.
9. PARK, D. J.; KANG, J. H.; LEE, J. W.; LEE, K. E.; KIM, T. J.; PARK, Y. W. et al. Risk factors to predict the development of chronic kidney disease in patients with lupus nephritis. *Lupus*, 2017:961203317694257.
10. KLUMB, E. M.; SILVA, C. A.; LANNA, C. C.; SATO, E. I.; BORBA, E. F.; BRENOL, J. C. et al. Consensus of the Brazilian Society of Rheumatology for the diagnosis, management and treatment of lupus nephritis. *Rev Bras Reumatol.*, 55(1):1-21, 2015.
11. WALLACE, D. J.; PODELL, T.; WEINER, J.; KLINENBERG, J. R.; FOROUZESH, S.; DUBOIS, E. L. Systemic lupus erythematosus--survival patterns. Experience with 609 patients. *Jama*, 245(9):934-8, 1981.
12. FIGUEIREDO, A. A.; LUCON, A. M.; SROUGI, M. Urogenital Tuberculosis. *Microbiol Spectr.*, 5(1), 2017.
13. DALL'ERA, M.; CISTERNAS, M. G.; SMILEK, D. E.; STRAUB, L.; HOUSSIAU, F. A.; CERVERA, R. et al. Predictors of long-term renal outcome in lupus nephritis trials: lessons learned from the Euro-Lupus Nephritis cohort. *Arthritis Rheumatol.*, 67(5):1305-13, 2015.
14. BERTSIAS, G. K.; TEKTONIDOU, M.; AMOURA, Z.; ARINGER, M.; BAJEMA, I.; BERDEN, J. H. et al. Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations for the management of adult and paediatric lupus nephritis. *Ann Rheum Dis.*, 71(11):1771-82, 2012.
15. HAHN, B. H.; MCMAHON, M. A.; WILKINSON, A.; WALLACE, W. D.; DAIKH, D. I.; FITZGERALD, J. D. et al. American College of Rheumatology guidelines for screening, treatment, and management of lupus nephritis. *Arthritis Care Res., Hoboken*, 64(6):797-808, 2012.
16. ISENBERG, D.; APPEL, G. B.; CONTRERAS, G.; DOOLEY, M. A.; GINZLER, E. M.; JAYNE, D. et al. Influence of race/ethnicity on response to lupus nephritis treatment: the ALMS study. *Rheumatology, Oxford*, 49(1):128-40, 2010.
17. MEJIA-VILET, J. M.; ARREOLA-GUERRA, J. M.; CORDOVA-SANCHEZ, B. M.; MORALES-BUENROSTRO, L. E.; URIBE-URIBE, N. O.; CORREA-ROTTER, R. Comparison of Lupus Nephritis Induction Treatments in a hispanic population: a single-center cohort analysis. *J. Rheumatol.*, 42(11):2082-91, 2015.
18. ROVIN, B. H.; FURIE, R.; LATINIS, K.; LOONEY, R. J.; FERVENZA, F. C.; SANCHEZ-GUERRERO, J. et al. Efficacy and safety of rituximab in patients with active proliferative lupus nephritis: the Lupus Nephritis Assessment with Rituximab study. *Arthritis Rheum.*, 64(4):1215-26, 2012.
19. GUNNARSSON, I.; SUNDELIN, B.; JONSDOTTIR, T.; JACOBSON, S. H.; HENRIKSSON, E. W.; van VOLLENHOVEN, R. F. Histopathologic and clinical outcome of rituximab treatment in patients with cyclophosphamide-resistant proliferative lupus nephritis. *Arthritis Rheum.*, 56(4):1263-72, 2007.
20. CONTIS, A.; VANQUAETHEN, H.; TRUCHETET, M. E.; COUZI, L.; RIGOTHIER, C.; RICHEZ, C. et al. Analysis of the effectiveness and safety of rituximab in patients with refractory lupus nephritis: a chart review. *Clin Rheumatol.*, 35(2):517-22, 2016.
21. TANAKA, Y.; TAKEUCHI, T.; MIYASAKA, N.; SUMIDA, T.; MIMORI, T.; KOIKE, T. et al. Efficacy and safety of rituximab in Japanese patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis who are refractory to conventional therapy. *Mod Rheumatol.*, 26(1):80-6, 2016.
22. AGUIAR, R.; ARAUJO, C.; MARTINS-COELHO, G.; ISENBERG, D. Use of Rituximab in Systemic Lupus Erythematosus: a single center experience over 14 years. *Arthritis Care Res., Hoboken*, 69(2):257-62, 2017.
23. IACCARINO, L.; BARTOLONI, E.; CARLI, L.; CECCARELLI, F.; CONTI, F.; VITA, S. de et al. Efficacy and safety of off-label use of rituximab in refractory lupus: data from the Italian Multicentre Registry. *Clin Exp Rheumatol.*, 33(4):449-56, 2015.
24. CONDON, M. B.; ASHBY, D.; PEPPER, R. J.; COOK, H. T.; LEVY, J. B.; GRIFFITH, M. et al. Prospective observational single-centre cohort study to evaluate the effectiveness of treating lupus nephritis with rituximab and mycophenolate mofetil but no oral steroids. *Ann Rheum Dis.*, 72(8):1280-6, 2013.
25. MOK, C. C.; YING, K. Y.; YIM, C. W.; SIU, Y. P.; TONG, K. H.; TO, C. H. et al. Tacrolimus versus mycophenolate mofetil for induction therapy of lupus nephritis: a randomised controlled trial and long-term follow-up. *Ann Rheum Dis.*, 75(1):30-6, 2016.
26. LIU, Z.; ZHANG, H.; XING, C.; FU, P.; NI, Z.; CHEN, J. et al. Multi-target therapy for induction treatment of lupus nephritis: a randomized trial. *Ann Intern Med.*, 162(1):18-26, 2015.
27. PALMER, S. C.; TUNNICLIFFE, D. J.; SINGH-GREWAL, D.; MAVRIDIS, D.; TONELLI, M.; JOHNSON, D. W. et al. Induction and maintenance immunosuppression treatment of Proliferative Lupus Nephritis: a network meta-analysis of randomized trials. *Am J Kidney Dis.*; 2017.
28. DAVIS, L. S.; REIMOLD, A. M. Research and therapeutics-traditional and emerging therapies in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology, Oxford*, 56(suppl_1):i100-i113, 2017.



Envie seu artigo para
capitalreumato@gmail.com

Data limite para a próxima edição:
2 de maio de 2018

Direção de Arte, Design Gráfico e Produção

Conectando Pessoas - Agência de Comunicação e Marketing

www.conectandopessoas.com.br

Material de distribuição exclusiva para área médica. A Revista Capital Reumato não se responsabiliza por serviços, produtos e imagens publicadas pelos anunciantes. As matérias assinadas são de inteira responsabilidade de seus autores e não expressam, necessariamente, a opinião da Revista Capital Reumato.

A responsabilidade de conteúdo médico científico do material recebido para publicação, bem como por eventuais conceitos emitidos ou conflitos de interesses, é exclusiva dos autores.

Mãos, uma obra de arte

“Tenho apenas duas mãos e o sentimento do mundo.” Carlos Drummond de Andrade

As mãos para o médico são uma porta para a primeira avaliação clínica. Elas podem nos contar desde o humor do paciente, através de um aperto de mão, até achados clínicos indispensáveis para um difícil diagnóstico. Para os reumatologistas, as mãos tomam importância maior ainda.

Quantos achados e diagnósticos podemos estabelecer com um exame detalhado das mãos? Podemos encontrar deformidade articular, fenômeno de Raynaud, úlcera digital, necrose, cianose, telangiectasias, pápulas de Gottron, espessamento cutâneo, entre outros. As estudamos por meio de exames de imagem, como raio x, ressonância e ultrassonografia.

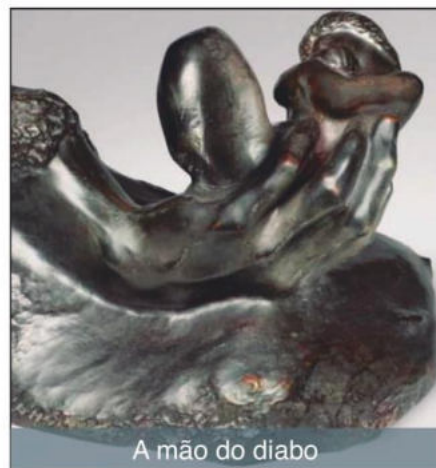
Também as utilizamos para transmitir afeto aos nossos pacientes e, como instrumento de trabalho, ferramenta essencial em um exame físico. As mãos são um emaranhado de tendões, músculos, ossos, articulações, com movimentos finos que possibilitaram ao ser humano evoluir na história com as habilidades manuais.

Assim como os reumatologistas, os artistas realizam estudos minuciosos das mãos para representações religiosas e políticas, além de expressar sentimentos em suas obras. Um artista que dedicou parte do seu trabalho ao estudo das mãos foi Rodin.

Nascido em Paris, em 1840, fez oposição ao idealismo grego e à beleza decorativa do movimento barroco e neobarroco. Com jogo de luz e sombra, superfícies texturizadas e detalhadas, produziu esculturas com enfoque no indivíduo e na emoção. Foi rejeitado pela Escola de Belas Artes de Paris três vezes por não seguir o estilo clássico da época e ainda foi acusado por outros artistas de fazer modelagens em torno de corpos humanos em razão do realismo de suas obras.

Utilizava temas tradicionais trágicos da mitologia e alegoria para trabalhar esculturas realistas e expressivas. Produziu esculturas belíssimas como as famosas “O pensador” e “O beijo”. Por utilizar as mãos 26 como peça fundamental para expressar sentimentos na composição de suas esculturas, alguns de seus estudos das mãos se transformaram em peças independentes.

A sequência de estudos que incluem “A mão do diabo”, “A mão divina”, “Mão dos amantes”, “A catedral”, “A mão esquerda”, “A mão fechada” e “O segredo” são extremamente expressivas e falam por si só. São “faces sem olhos e voz, mas que vêem e falam” (filósofo Focilon, 1943). As esculturas podem ser apreciadas no Museu de Rodin em Paris.



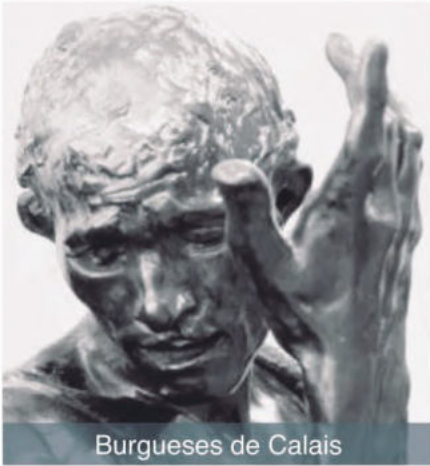
A mão do diabo

Os amantes das mãos não podem deixar de conhecer o museu de Rodin ao visitar a cidade luz. O antigo Hôtel Biron, que foi oficina e residência de Rodin por muitos anos, foi transformado em museu após doação de toda a sua coleção de esculturas para o Estado francês.



Dra. Isadora Jochims
Reumatologista do DF

- Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília;
- Título de especialista em Reumatologia pela Sociedade Brasileira de Reumatologia;
- Residência Médica em Reumatologia pelo Hospital Universitário de Brasília;
- Residência Médica em Clínica Médica pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás;
- Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Goiás.



Burgueses de Calais



A mão divina



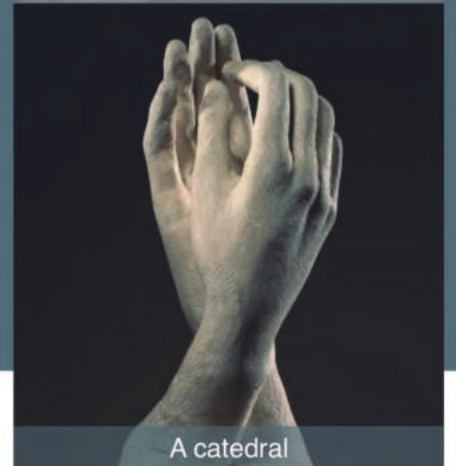
A mão divina



A mão esquerda



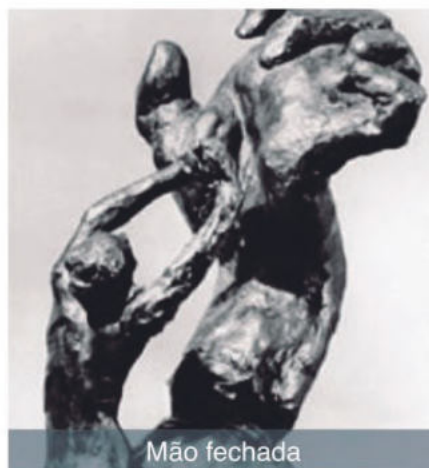
Mão dos amantes



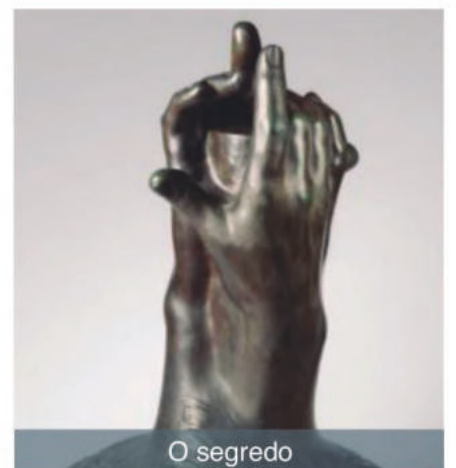
A catedral



Burgueses de Calais



Mão fechada



O segredo

REUMATO NA PRÁTICA

Vacinas na prática reumatológica





Dra Ana Paula Gomides

- Mestrado e doutoranda em Ciências Médicas, Universidade de Brasília (UnB)
- Docente do Centro Universitário de Brasília (UniCeub)
- Reumatologista colaboradora do HuB-UnB
- Membro da Comissão de Artrite Reumatoide da SBR.

Profa. Dra. Gecilmara Salviato Pileggi

- Responsável científica de projetos acadêmicos
- Unidade de Pesquisa Clínica (UPC)
- Hospital das Clínicas FMRP-USP
- Membro da Comissão de Doenças Endêmicas e Infecciosas da SBR.

A vacinação em pacientes imunossuprimidos, em virtude de doenças ou tratamentos, é assunto complexo que sempre desperta discussões. Com o surto recente de febre amarela, o tema retorna e com ele inúmeras dúvidas na prática clínica. Dessa forma, resolvemos selecionar e reproduzir as breves observações que se seguem.

Obviamente esta leitura não substitui o estudo frequente dos “*guidelines*” oficiais; pretende, ao contrário, despertar o interesse por mais um assunto essencial para o reumatologista.

VACINAS NO PACIENTE REUMÁTICO IMUNOSSUPRIMIDO



PACIENTE COM DOENÇA REUMÁTICA EM TRATAMENTO IMUNOSSUPRESSOR*

- Corticóides em doses > 20 mg/ dia por mais de 14 dias ou pulsoterapia
- MTX, leflunomida
- Azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina, micofenolato
- Biológicos e inibidores da JAK



VACINAS COM MICRORGANISMOS (bactérias ou vírus) MORTOS/INATIVADOS

- Dupla do tipo adulto (difteria e tétano)
- Haemophilus influenzae do tipo B
 - Hepatite A e combinações
 - Hepatite B e combinações
 - Influenza
 - Meningocócicas
- Pneumocócicas conjugadas e polissacarídicas
 - Poliomielite inativada
 - Raiva
- Tríplice bacteriana (difteria, tétano e pertussis) e suas combinações
 - HPV



PODEM SER UTILIZADAS

OBSERVAR EFICÁCIA (Pode haver redução da resposta vacinal em virtude da imunossupressão): solicitar IgG para determinação do efeito alcançado.



VACINAS COM MICRORGANISMOS (bactérias ou vírus) VIVOS ATENUADOS

- BCG
- Dengue
- Febre amarela
- Herpes zoster
- Poliomielite oral
- Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela)
- Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)
 - Varicela



CONTRAINDICADAS

- Avaliação rigorosa do risco X benefício;
- Se necessário vacinar, suspender primeiramente o medicamento imunossupressor e aguardar o tempo necessário para fazer a vacina (ver quadro abaixo);
- Após a vacinação, aguardar pelos menos 4 semanas para retorno das medicações imunossupressoras (intervalo pode ser maior na dependência de cada droga).



	Medicamentos	Intervalo entre suspensão e vacinação
MMCDsc	Prednisona > 20mg/dia ou pulso de metilprednisolona	Pelo menos 1 mês
	SSZ, HCQ, MTX ≤ 20 mg/semana Leflunomide 20mg/dia	Considerar vacinação sem intervalo
	MTX > 20 mg/semana	Pelo menos 1 mês
	Imunossupressores: ciclofosfamida, ciclosporina, micofenolato, tacrolimus, azatioprina	Pelo menos 3 meses
MMCDse	Tofacitinibe	2 semanas
MMCDb	Anticitoquinas e inibidores da coestimulação	De 4-5 meias vidas
	Depletoras de linfócito B	6-12 meses

MMCDsc = medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos comuns; se = sintético alvo específico; b = biológicos; SSZ = sulfassalazina; MTX = metotrexato; HCQ = hidroxicloroquina. *Fonte: Vacinação para a Febre Amarela (VFA) em pacientes com Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM).

Nota Técnica Conjunta da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), em parceria com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBI), a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT). Janeiro de 2018.

PARA FICAR NA MEMÓRIA...

ATENÇÃO! NOS CONSULTÓRIOS E AMBULATÓRIOS LEMBREM-SE DE AVALIAR O STATUS VACINAL DOS PACIENTES CANDIDATOS A IMUNOSSUPRESSÃO. IDEALMENTE, ATUALIZAR O CARTÃO VACINAL ANTES DO TRATAMENTO.

“PRECISO DE AGILIDADE PARA VACINAR O MEU PACIENTE, JÁ QUE PRETENDO INICIAR TRATAMENTO IMUNOSSUPRESSOR. PODEM SER APLICADAS VÁRIAS VACINAS AO MESMO TEMPO?”

CERTO

ERRADO

Duas ou mais vacinas de vírus inativado ou apenas uma vacina de vírus vivo com outras vacinas de vírus inativado podem ser aplicadas ao mesmo tempo em locais diferentes.

Mais de uma vacina de vírus vivo não pode ser aplicada no mesmo dia.

Observações importantes

1) Para as vacinas vivas atenuadas não injetáveis (poliomielite oral e rotavírus), pode-se seguir qualquer intervalo desejado.

2) A aplicação simultânea das vacinas febre amarela e tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) pode provocar interferência imunológica, levando a menor resposta da vacina febre amarela. Devem, portanto, ser aplicadas, de preferência, com intervalo de quatro semanas. Em situações de risco aumentado de infecção, quando não for possível aguardar, deve-se optar pela aplicação no mesmo dia. (Fonte: Guia de Imunização SBIm/SBI – HIV/Aids, 2016-2017)

“CONTRAINDIQUEI A VACINA X PARA MEU PACIENTE, MAS ELE VAI VIAJAR PARA O EXTERIOR. O PAÍS DE DESTINO EXIGE O USO DA VACINA X. O QUE FAZER?”

Acesse o site www.anvisa.gov/viajante onde existem informações e o modelo de atestado de isenção abaixo.

(Carimbo/Dados do centro ou clínica médica)

Atestado médico de contra-indicação/isenção de Vacinação ou Profilaxia
Medical Contraindication/Exemption of Vaccine or Prophylaxis

Declaro que [nome]
This is to declare that [name]

Nascido a Sexo
Date of Birth Sex

Cuja assinatura segue
Whose signature follows

Por razões médicas, foi nesta data isento de vacinação ou profilaxia contra :
On medicals grounds, there has on this date been exempted from vaccination or prophylaxis against:

Contra-indicação:
Counter indication:

Carimbo do Centro/Stamp of Center Data/Date:

Carimbo do Médico/Stamp of Doctor

A validade desta isenção cessa juntamente com as suas contra-indicações.
The validity of this exemption shall expire together with its grounds.

Vacinação contra febre amarela

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), em parceria com outras especialidades (Infecologia, Medicina Tropical, Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e representantes de grupo de pacientes, emitiu uma Nota Técnica sobre vacinação para a Febre Amarela (VFA) em pacientes com Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM).

Abaixo, reproduzimos um breve resumo das recomendações principais.



Observação sobre dose fracionada: Com base nos conhecimentos atuais, não há nenhuma evidência de que doses fracionadas sejam mais seguras do que a dose padrão.

Referências bibliográficas

1. PERRY, L. M.; WINTHROP, K. L.; CURTIS, J. R. Vaccinations for rheumatoid arthritis. *Curr Rheumatol Rep.*, 16(8): 431, 2014. DOI: 10.1007/s11926-014-0431-x.
2. VAN ASSEN, S.; AGMON-LEVIN, N.; ELKAYAM, O.; CERVERA, R; DORAN, M. F.; DOUGADOS, M. et al. EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.*, 70(3):414-22, 2011. DOI: 10.1136/ard.2010.137216.
3. VAN ASSEN, S.; BIJL, M. Immunization of patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases (the EULAR recommendations). *Lupus.*, 21(2):162-7, 2012. DOI: 10.1177/0961203311429555.
4. GUIA DE IMUNIZAÇÃO, SBIm/SBI – HIV/Aids, 2016-2017.
5. VACINAÇÃO para a Febre Amarela (VFA) em pacientes com Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM). Nota Técnica Conjunta da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), em parceria com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm), Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT). Jan. 2018.



VEM EVENTO POR AÍ!
ATUAR - ATUALIZAÇÃO EM REUMATOLOGIA

DIAS 05 E 06
DE OUTUBRO

HOTEL B - BRASÍLIA


SOCIEDADE DE
REUMATOLOGIA
DE BRASÍLIA

CENTRO DE INFUSÃO

EXCLUSIVO PARA PACIENTES REUMÁTICOS

Único no Distrito Federal



A Dra Catarina Vila assiste as infusões e está imediatamente disponível caso exista qualquer intercorrência.

**Centro de Infusão
CV Reumatologia
Especial como o seu paciente!**

Contato:
(61) 3797-4173
contato@cvreumatologia.com.br

Endereço:
SEUP 710 / 910 Ed. Via Brasil salas 216/218

www.cvreumatologia.com.br

RT: Dra. Catarina Vila - CRM 7960DF

Diferenciais do

Centro de Infusão da CV Reumatologia

- Ambiente acolhedor, com TV e poltronas confortáveis
- Parceiros de bate papo, pois aqui todos têm assuntos em comum
- Profissional de Enfermagem especializada e exclusiva para o atendimento de pacientes reumatológicos

Médico encaminhador

Nossa equipe acompanha e conduz o processo burocrático junto ao convênio, assim você e o seu paciente se mantêm informado quanto ao andamento. Trabalhamos visando agilizar a distância entre o pedido médico e a administração da medicação.



SEJA SÓCIO DA SRB

Divulgação de cadastro profissional no site da SRB, desconto em eventos.

Saiba mais acessando:
www.reumatodf.com.br

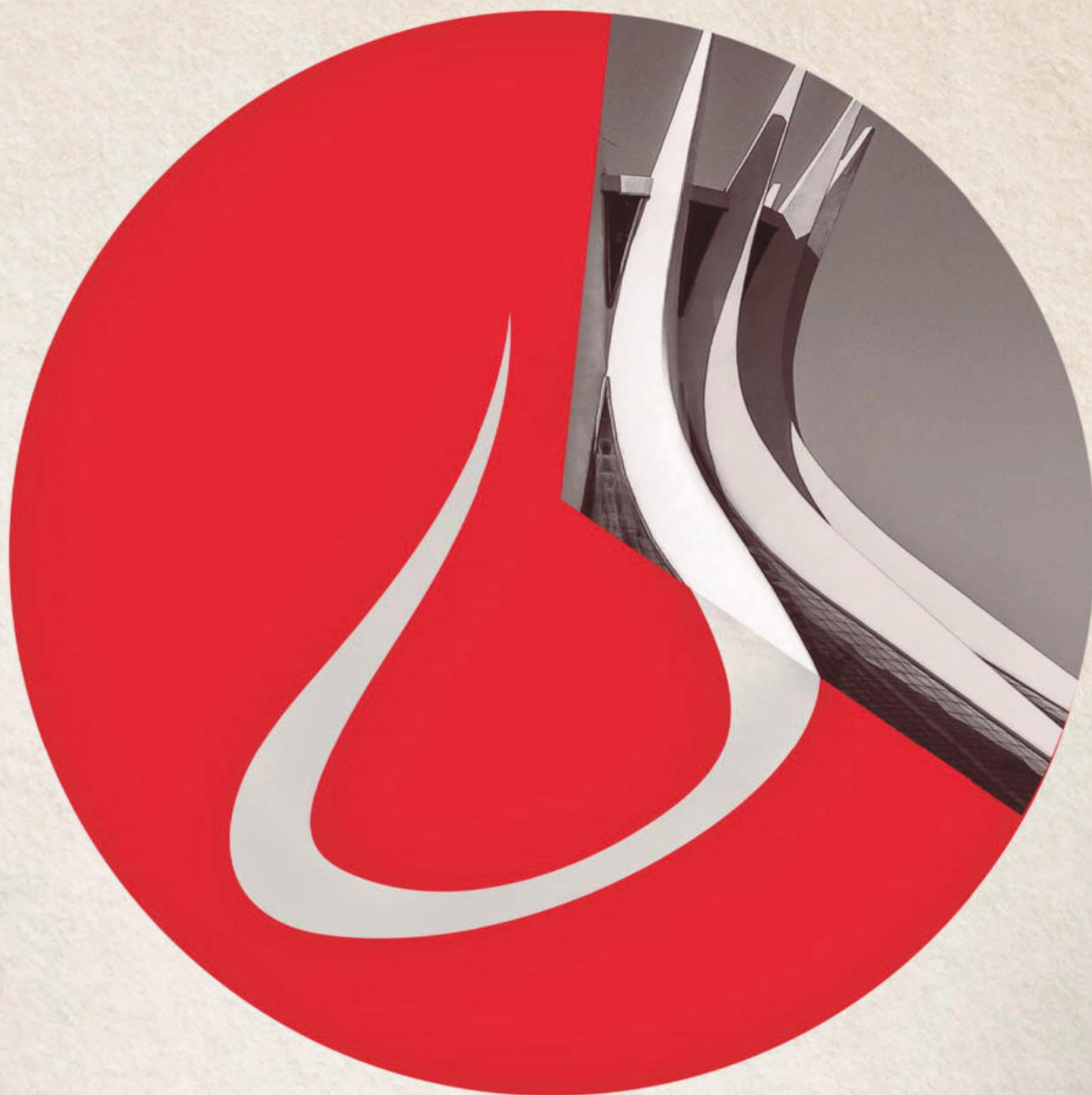
Secretaria da Sociedade de Reumatologia de Brasília:
(61) 3245-1671

Horário de funcionamento:
das 9h às 13h



Participe!

Envie sugestões, imagens, fotos ou artigo para a publicação: capitalreumato@gmail.com



EU SOU DE BRASÍLIA, EU SOU SABIN.

Uma história que começou aqui, no coração do Brasil, há pouco mais de três décadas. Nasceu de uma dupla sonhadora, que tinha um propósito: inspirar pessoas a cuidar de pessoas. A trajetória do Sabin iniciou neste lugar único, formado pela miscigenação de culturas e famílias dos quatro cantos do país, e resultou em uma empresa ágil e moderna, com um atendimento que olha nos olhos e tem paixão por acolher pessoas.

O Sabin é de Brasília e tem orgulho de levar para todas as regiões do País um pouco de cada quadradinho, parque, tesourinha, torre, relógio e catedral com um jeito especial de oferecer excelência em serviços de saúde.




www.sabin.com.br
 **61 3329-8000**

