



HDS *In* Forma

HOSPITAL de SANTARÉM



Tomada de posse do Conselho de Administração

Implementação do Sistema de Hemovigilância

**XVIII Jornadas
De Cardiologia de Santarém**

IV ENCONTRO DE MULHERES OPERADAS À MAMA

Sempre consigo a cuidar de si



EDITORIAL

Olhar o futuro, mais breve ou mais longínquo constitui hoje um desafio de risco acrescido. Para os mais céticos porque sabem que existe mas sós se lhes depara um buraco negro; para os mais pragmáticos porque a luz ao fundo do túnel é ténue e até parece piscar; para os deserdados da sorte, porque para eles é uma dimensão que não existe. “Vemos, ouvimos e lemos, não podemos ignorar”, até porque o sentimos, por nós e pelos outros. Está nas nossas mãos contribuir para que o futuro seja uma realidade. Está nas nossas mãos ser agentes proactivos, atuando sobre a realidade, individual e coletivamente e ajudar a recuperar o sentido do futuro fazendo com que a saúde seja vista pela política como o setor que soube gerir o seu presente, afirmar a sua razão e garantir o futuro.

Ainda não fizemos tudo e muito há ainda por fazer. Para fazermos tudo o que tem que ser feito quando nos é pedido pelos nossos utentes que façamos mais. E o desafio do futuro, o desafio de preservar o Serviço Nacional de Saúde como a pérola da nossa democracia, está em conseguir fazer mais com menos e, a verdade é que não é impossível. Sem tentar nunca saberemos se era ou não o nosso contributo determinante para assegurar o futuro.

Dr. José Rianço Josué
Presidente do C.A.

ÍNDICE

- 2** Editorial
- 3** Tomada de posse do Conselho de Administração
- 4** As Escolas e a Saúde
Prémio de melhor poster - ORL
- 5** IV Encontro de Mulheres Operadas à Mama
XVIII Jornadas de Cardiologia de Santarém
XI Jornadas Nacionais de Urgência e Emergência
- 6 / 7** Sistema de Hemovigilância implementado no HDS
- 8** O Alimento deste mês é o... Kiwi
- 9 / 12** Suplemento Científico:
Narcolepsia: uma causa de sonolência diurna excessiva

Ficha técnica HDSInForma

Propriedade: **Hospital Distrital de Santarém, EPE**
Avenida Bernardo Santarém, 2005-177 Santarém
Direção: Conselho de Administração
Contactos: Telef: 243 300 200
E-mail: hdsinforma@hds.min-saude.pt
Site: www.hds.pt

A Newsletter **HDSInForma** é uma publicação bimestral do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. que integra o Suplemento Científico.

Edição: Marta Bacelar | Helena Graís
Impressão: Daniel & Lino, Lda.

Tiragem: 1.000 exemplares
Distribuição Gratuita

Tomada de posse do Conselho de Administração

Texto e Fotos Marta Bacelar

No passado dia 31 de outubro, o Conselho de Administração do Hospital de Santarém tomou posse numa cerimónia oficial presidida pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Teixeira e que decorreu na Sala Polivalente do Hospital.



atendimentos por dia.” O Secretário de Estado, Dr. Manuel Teixeira expressou que “É com muito agrado que digo que o Hospital de Santarém tem desenvolvido um bom trabalho. Tenho esperança e tenho absoluta certeza que o Conselho de Administração agora nomeado vai conseguir ser bem sucedido e conseguir conciliar estes dois objetivos: prestar bons cuidados à população, mantendo uma situação financeira equilibrada.”

Os elementos agora empossados que fizeram parte do Conselho de Administração anterior, Dr. José Rianço Josué, Presidente, Dr.ª Maria Lopes, Diretora Clínica e Enf.ª Ilda Veiga, Enfermeira Diretora, exceto o Vogal Executivo, Dr. João Vaz Rico, juraram, em momentos distintos, “Cumprir as funções confiadas com respeito pelos deveres que decorrem da Constituição e da Lei”.

Os discursos dos dois oradores, Dr. Manuel Teixeira e Dr. José Rianço Josué, que antecederam a cerimónia de tomada de posse, foram marcantes, sobretudo pela mensagem transmitida de reconhecimento e apreço pelo papel e importância que o Hospital de Santarém tem para com a população que serve. O Presidente do Conselho de Administração salientou que “O Hospital de Santarém é uma realidade hospitalar muito diferenciada e servida, a todos os níveis, por profissionais altamente qualificados, com uma cultura assistencial enraizada de boas práticas clínicas e fortemente envolvidos no desiderato da eficiência”. Afirmou que “Olhar apenas o futuro próximo não nos deixa muito animados, antes nos deixa inquietos, mas olhando mais além temos uma certeza incontornável: 192.000 habitantes para assistir como até aqui. 192.000 pessoas, homens, mulheres e crianças que nos procuram, que em nós confiam e a quem damos resposta ao ritmo de 2.000



Finda a cerimónia, a comitiva visitou a Unidade de Oncologia e as consultas de Dermatologia e de Pediatria localizadas no novo edifício do “Ambulatório de Alta Resolução”. Seguidamente dirigiu-se à Unidade de Radioterapia, tendo culminado no Serviço de Internamento das Especialidades Médicas, oportunidade para um breve momento de reflexão com os ilustres convidados sobre o perfil da população atendida neste hospital, que envelhecida, conduz a inerentes situações de demora média de internamento resultantes das dificuldades de alternativas de acolhimento, familiar ou institucional. A visita terminou com o almoço de toda a comitiva no refeitório do Hospital. ■

Perfil do novo Vogal Executivo - Dr. João Vaz Rico



Nascido em Abrantes em 1961, licenciado em Direito, pós graduado em Administração Hospitalar, iniciou o seu percurso profissional na área da saúde em 1986, integrado na carreira de Administração Hospitalar.

Até à presente data exerceu a sua atividade no âmbito dos hospitais que integram o Centro Hospitalar do Médio Tejo onde assumiu funções de Administrador Hospitalar, de vogal de Conselho de Administração e de Direção de Unidade Hospitalar.

Entre outras atividades ligadas à área da saúde, salienta-se o exercício de atividades docentes no âmbito do Ensino Superior Politécnico. ■

As Escolas e a Saúde

Texto Helena Graís Fotos Liliana Gabriel

Com o intuito de dinamizar competências no contexto da saúde escolar, promover a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa, assim como diminuir a ansiedade da criança numa abordagem hospitalar, foi estabelecido há vários



anos um Protocolo entre o Serviço de Pediatria do Hospital de Santarém e as Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico do distrito de Santarém. É com base nos objetivos desse Protocolo, que vão sendo realizadas ao longo do ano diversas atividades, desenvolvidas por médicos e técnicos das áreas que fazem parte da equipa que desenvolve este projeto. Estas atividades são realizadas nas Escolas através de sessões educativas, ou no Hospital, onde as crianças são recebidas em alguns eventos, proporcionando-lhes assim, um maior contato com o ambiente hospitalar.



Foi no âmbito deste Protocolo, que se realizou no

passado dia 4 de junho, na sala polivalente do Hospital de Santarém, a “Consulta do Faz de Conta”. Nesse dia, as crianças foram convidadas a trazerem os seus bonecos que, apresentando alguns sintomas de



doença, necessitavam de ser observados pelo médico.

Passaram primeiro por uma triagem feita por um enfermeiro e

depois foram à consulta com um médico pediatra que

ouviu as suas queixas e esclareceu algumas dúvidas existentes, sempre num ambiente de descontração e brincadeira.

Para o ano letivo de 2012/2013 estão já programadas diversas iniciativas a realizar em conjunto com o Colégio Valle

dos Príncipes e a Escola dos Leões (agrupamento Ginestal Machado).

Prémio de Melhor Poster - Surdez Infantil Do Silêncio à Oralidade

Texto Odete Baptista

O Serviço de ORL - Unidade de Audiologia do Hospital de Santarém, candidatou-se com um Poster alusivo ao RANU (Rastreio Auditivo Neonatal Universal), na Reunião de SURDEZ INFANTIL - Do Silêncio à Oralidade que ocorreram nos dias 22 e 23 de setembro no Hotel Sana Metropolitan em Lisboa, sendo esta organizada pelo GRISI (Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil).

Dos dezoito Posters apresentados pelos diversos Serviços de ORL do país, foi destacado e atribuído o primeiro prémio ao poster apresentado pela Unidade de audiologia do HDS, tendo sido reconhecido a nível nacional o excelente trabalho e resultados conseguidos por uma vasta equipa ao longo de seis anos no Hospital Distrital de Santarém.

RASTREIO AUDITIVO NEONATAL UNIVERSAL NO HDS

* Ana Alves | * Odete Baptista | ** António Pinto Correia
Unidade de Audiologia - Serviço de ORL - Hospital Distrital de Santarém

Resumo:
O objetivo principal da implementação do Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU) é a identificação precoce da deficiência auditiva, para que as dificuldades que ela pode causar sejam minimizadas ou eliminadas. Para que tal aconteça, todas as crianças devem ter uma avaliação audiológica completa antes dos três meses de idade, permitindo que se possa iniciar de forma apropriada até aos seis meses.

O RANU é constituído por três fases que são feitas na Maternidade, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e na Unidade de Audiologia do Serviço de ORL do Hospital Distrital de Santarém. Os exames efetuados são os Choroantes Acústicos Transcutâneos (CEAT), os Potenciais Evocados Auditivos Automotivos (PEAA) e os Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral (PEATC).

De 1000 recém-nascidos, atingem-se uma cobertura de 99,1% (97/98) tendo sido detetadas até ao momento onze crianças com deficiência auditiva.

Introdução:
Ter uma audição normal é essencial para o desenvolvimento linguístico, cognitivo e social da criança, sendo fundamental que o programa de RANU implementado, identifique o mais cedo possível qualquer alteração da audição para que a intervenção se faça partindo da plasticidade do sistema auditivo.

Para a sua efetivação contribuíram as equipas multidisciplinares que existem: Otorrinolaringologistas, Audiologistas, Pedagogos e Fonoaudiólogos. Pretendemos assim tratar as crianças até aos três de idade, efetuar uma avaliação audiológica completa até aos 6 meses e se confirmada deficiência auditiva, iniciar processos de reabilitação auditiva até aos 6 meses em centros de reabilitação.

Metodologia:
A metodologia a utilizar deve detetar todas as crianças com perda auditiva igual ou superior a 25 dB HL no melhor ouvido.
Atualmente, são utilizadas pelas Audiologistas três métodos fisiológicos: os CEAT (Fig.1), os PEAA (Fig.2) e os PEATC (Fig.3), por desvantagem têm especificidade e especificidade para atingir este objetivo.

O RANU foi organizado em 3 fases, segundo o binómio "passa"/"refaz" como demonstrado no seguinte esquema.

1ª Fase - CEAT
Maternidade/UCIN
Passa - Sem Alar | Refaz -

2ª Fase - CEAT
Unidade de Audiologia
Passa - Sem Alar | Refaz -

3ª Fase - CEAT + PEAA
Unidade de Audiologia
Passa - Sem Alar | Refaz - PEATC

Resultados:
Em 6 anos e 6 meses de RANU no Hospital Distrital de Santarém, de 1000 recém-nascidos foram rastreados 99,1% (97/98) tornando assim o RANU no HDS efetivo, sendo o sistema diagnosticado 97%.

Para diagnóstico foram encaminhadas 108 crianças - 1,1%.

Das 108 crianças encaminhadas para diagnóstico, 95 foram alta do RANU logo representam 0,9% de falhas positivas.

Desde a sua implementação no HDS, foram identificadas 13 crianças com perda auditiva, das quais 8 não apresentavam fatores de risco para surdez.

Conclusão:
A cobertura conseguida permite mostrar-nos que os pais se encontram sensibilizados para a importância da realização destes exames e que são convenientemente encaminhados para a Unidade de Audiologia.

A percentagem de crianças que necessitam de realizar exames audiológicos de diagnóstico não atingiram o máximo desejado de 4%, e a percentagem de falhas positivas foi inferior aos 2% recomendados.

O fato de 8 recém-nascidos diagnosticados com deficiência auditiva não apresentarem fatores de risco para surdez, é razão mais que suficiente para se implementarem programas de Rastreio Auditivo Neonatal que sejam Universais.

Fig.1 - Retal - CEAT
Fig.2 - Retal - PEAA
Fig.3 - Retal - PEATC



IV ENCONTRO DE MULHERES OPERADAS À MAMA

Texto Helena Graís Fotos Serviço de Ginecologia

“PROJETO CONTINUAR A VIVER”

Realizou-se no passado dia 13 de outubro na Antiga Escola Prática de Cavalaria de Santarém, o IV Encontro de Mulheres Operadas à Mama, organizado pelo Serviço de Ginecologia - Unidade de Senologia do Hospital de Santarém.

Neste Encontro, para além dos testemunhos de força e de coragem de mulheres operadas e dos seus companheiros, também os profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar partilharam os seus saberes, para que as pessoas entendam decisões terapêuticas, atitudes que são tomadas durante o tratamento e chamar a atenção para importância que tem o Rastreio do Cancro



da Mama. Os médicos do Serviço, Dr.^a Madalena Nogueira e Dr. Carlos Rodrigues, abordaram temas como a importância do rastreio e os sucessos da cirurgia quando a doença é diagnosticada precocemente. Este ano, deu-se destaque à queda do cabelo e ao impacto que tem na autoestima da mulher e apresentaram-se estratégias para ultrapassar ou minorar esse impacto.

Estiveram presentes cerca de 150 pessoas, entre mulheres e seus familiares, bem como os profissionais de saúde deste Hospital, tendo sido servido um lanche ao final da tarde. ■

XVIII Jornadas de Cardiologia de Santarém

Realizaram-se nos dias 26 e 27 de outubro, na Praia d'El Rey, em Óbidos, as “XVIII Jornadas de Cardiologia de Santarém”, organizadas pelo Serviço de Cardiologia do Hospital Distrital de Santarém (HDS), direcionadas para médicos, enfermeiros e técnicos de cardiopneumologia.

A sessão de abertura contou com a presença do Dr. José Josué, Presidente do Conselho de Administração do HDS, da Dr.^a Maria Lopes, Diretora Clínica do HDS, do Dr. Carlos Alexandre, Presidente do Conselho Clínico do ACES Ribatejo e dos Diretores de Serviço de Cardiologia, Dr. Carlos Rabaçal, do Hospital de Vila Franca de Xira, Dr. Ernesto Carvalho do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha e Dr.^a Graça Ferreira da Silva do HDS.

O programa científico, elaborado com as propostas da Medicina Geral e Familiar, incidiu sobre: Insuficiência Cardíaca Crónica, avaliação cardiológica para a prática desportiva, disfunção sexual no doente cardíaco, técnicas invasivas de cardiologia para não cardiologistas (pacing e hemodinâmica), cardiologia ilustrada com casos do mundo real, o grande derby da anticoagulação: velhos *versus* novos fármacos e reabilitação cardíaca.

Estas Jornadas contaram com a participação de cerca de 250 inscritos, tendo-se realizado na 6^a feira um jantar para confraternização. ■



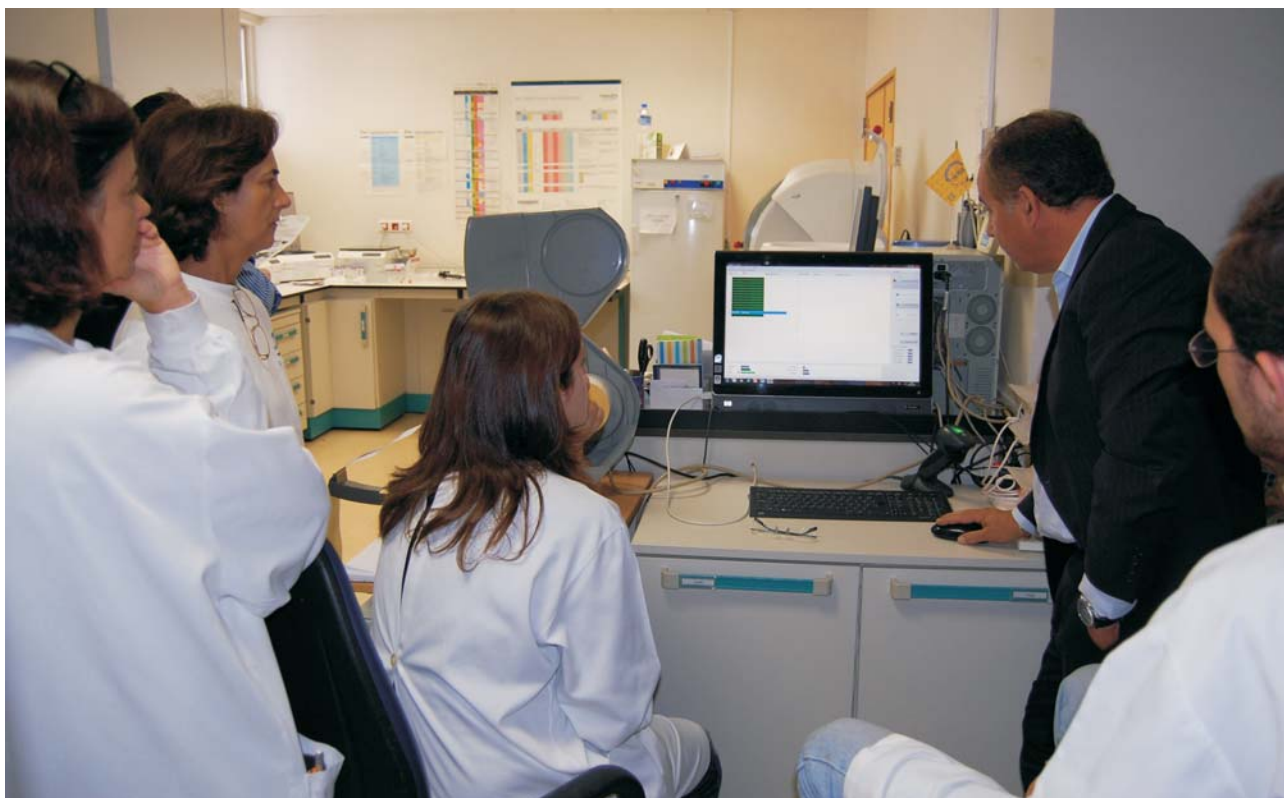
XI Jornadas Nacionais de Urgência e Emergência

Organizadas pela Associação Portuguesa de Enfermeiros em colaboração com o Serviço de Urgência do Hospital de Santarém, decorreram nos dias 25, 26 e 27 de outubro, as XI Jornadas Nacionais de Urgência e Emergência no Auditório da Escola Superior de Saúde de Santarém. Participaram neste evento cerca de 150 enfermeiros e estudantes de enfermagem oriundos de diferentes pontos do país.

No programa científico, foram abordados vários

assuntos dos quais se destacam: Plano de resposta hospitalar a catástrofe externa, Melhorar a prática de enfermagem no cuidado à vítima de agressão e Integração de Meios VMER e SIV nos Serviços de Urgência. Como enriquecimento científico e cultural dos participantes, realizaram-se diversos *workshops* e uma visita guiada ao Convento de São Francisco, um dos monumentos emblemáticos da nossa cidade. ■

SISTEMA DE HEMOVIGILÂNCIA imp



Formação no Serviço de Imuno-hemoterapia

Iniciou-se no passado mês de outubro a implementação de um Sistema de Hemovigilância no Hospital de Santarém. O Projeto iniciou-se no Hospital de Dia de Imuno-hemoterapia, no Hospital de Dia de Oncologia e na Unidade de Cuidados Intensivos, tendo-se verificado resultados positivos. A previsão é que o novo Sistema esteja implementado em todos os Serviços do Hospital até ao final do ano, após conclusão da formação de todos os enfermeiros envolvidos na cadeia transfusional.

A Comissão Hospitalar de Transfusão do Hospital Distrital de Santarém optou, em articulação com o Serviço de Imuno-hemoterapia, pela tecnologia de radiofrequência (RFID) que pode ser conjugada com os códigos de barras permitindo que a identificação do doente através de pulseira seja feita por RFID, eliminando as dificuldades de leitura do código de barras da pulseira. Contudo, continuam a ser necessários códigos de barras, para identificação de amostras pré-transfusionais e componentes sanguíneos.

Este sistema tem um dispositivo mecânico de transporte e selagem do componente sanguíneo, sendo obrigatório realizar todos os passos de identificação dos profissionais, dos componentes e

dos doentes. Caso não sejam escrupulosamente seguidos todos os passos, o dispositivo não libertará o componente para a transfusão, uma vez que o mecanismo de fecho é uma tampa com PDA/leitor de RFID.

Este sistema tem ainda as vantagens de possibilitar o registo dos sinais vitais do doente antes, durante e após a transfusão e de monitorizar a temperatura dos componentes ao longo do transporte e enquanto aguardam no Serviço de Administração para serem transfundidos. Por outro, pode ainda limitar o tempo que o componente permanece fora do Serviço de Imuno-hemoterapia até que seja transfundido, através da programação de um tempo limite ao final do qual a cápsula não liberta o componente e obriga a sua devolução ao Serviço de Imuno-hemoterapia para um correto armazenamento.

Devido à existência de erros humanos na cadeia transfusional é fundamental que exista um sistema de hemovigilância implementado para identificar e prevenir quando possível, todos os erros que possam ocorrer em qualquer fase de cada processo, que pode por sua vez envolver um ou vários procedimentos.

A rastreabilidade é um pré-requisito para a hemovigilância e pode ser definida como a capacidade

Implementado no Hospital de Santarém

Texto Serviço de Imuno-hemoterapia Fotos Marta Bacelar

de rastrear cada unidade individual de sangue ou componentes do sangue desde o dador até ao seu destino final, seja este um doente, um fabricante de medicamentos ou a eliminação e vice-versa.

Os métodos tradicionais para detetar erros ao longo da cadeia transfusional baseavam-se na notificação em suporte papel ou informático dos incidentes, quer pelos enfermeiros e médicos, quer pelo pessoal do Serviço de Imuno-hemoterapia. Esta notificação era voluntária e por vezes não continha toda a informação necessária, tornando-se difícil a investigação e estudo do erro.

É amplamente reconhecido que os serviços de saúde em todo o mundo, ocasionalmente e sem intenção, prejudicam os doentes. Na segunda metade da década de 90 com a publicação, pelo *Institute of Medicine*, do documento “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, constatou-se que, por ano, 44 000 a 98 000 americanos morriam nos hospitais como resultado de erros previsíveis. Estes resultados, a par com a publicação de outro documento importante “*Crossing the Quality Chasm*”, despoletaram um conjunto de ações, entre as quais a aprovação de normas que tornaram obrigatória a declaração dos eventos adversos.

Com o aparecimento de novos sistemas de informação e a aplicação de novas tecnologias à saúde

O que é a hemovigilância?

É um conjunto de procedimentos de vigilância, organizados desde o dador ao receptor, com o objetivo de aumentar a segurança transfusional.

Pode aumentar a segurança transfusional através da:

1 - Recolha precisa e detalhada de todos os dados relativos aos efeitos adversos das transfusões para permitir:

- Análise das circunstâncias de aparecimento;
- Identificação da frequência das reações;
- Apresentação de medidas corretivas.

Comunicação → Análise → Prevenção futura → Aumento da segurança

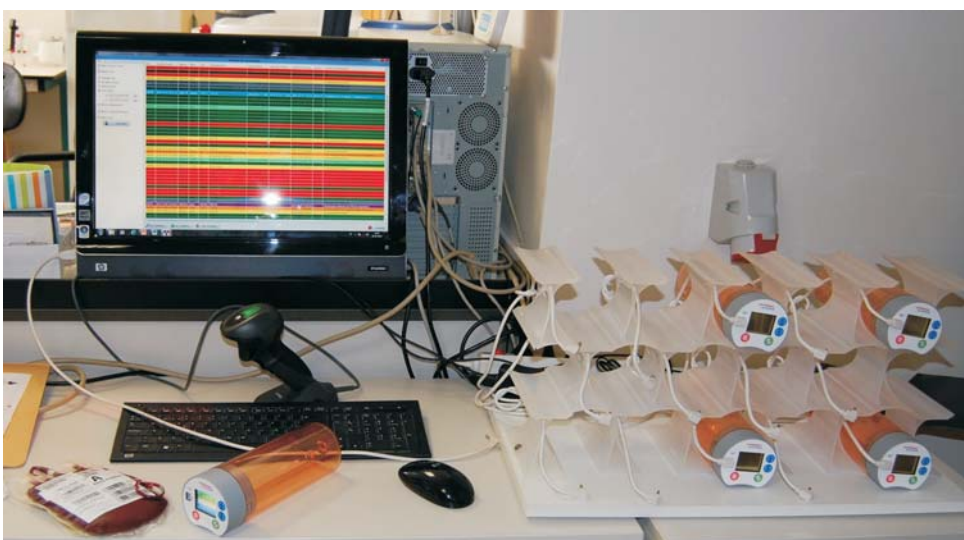
2 - Melhoria do conhecimento epidemiológico:

- Da transfusão;
- Dos riscos transfusionais.

surgiram várias soluções, que de forma geral se baseiam em sistemas de hemovigilância assentes num sistema informático compatível com o sistema informático do serviço de Imuno-hemoterapia, e agrupados pelas tecnologias que lhe dão suporte na identificação de dadores, doentes, amostras de sangue e componentes sanguíneos: códigos de barras, emissores de radiofrequência e impressões digitais, podendo estas serem associadas a dispositivos mecânicos.

Sendo que as preocupações sobre a precisão da identificação de doentes é uma das maiores preocupações de gestão do risco clínico, uma das

melhores estratégias para evitar erros de identificação é uma abordagem tecnológica para identificação do dador, doente e amostras pré-transfusionais pelo que se preconiza este Projeto como um investimento de elevada importância para todos os intervenientes no processo transfusional.



Sistema de hemovigilância: SI e cápsulas de transporte de componentes

O alimento deste mês é o...Kiwi

Texto Maria Duarte

Originário da China, o *yang tao* foi batizado de kiwi, o nome da ave nacional da Nova Zelândia, devido à sua casca ser semelhante à penugem do pássaro. Também conhecido por “groselha-da-China”, o kiwi é um fruto de uma planta trepadeira com um tamanho similar a um ovo grande, de pele aveludada, castanho-esverdeada e uma polpa verde, perfumada e ligeiramente acidulada pontuada de pequenas grainhas negras. O kiwi adaptou-se às condições climáticas de diversos países, perdendo progressivamente, o caráter de fruto exótico. Encontramo-lo facilmente no mercado e a sua produção, permite-nos adquiri-lo a um preço acessível, durante todo o ano. Ao comprar, o kiwi deve estar maduro e isso verifica-se quando a sua pele cede ligeiramente sob a pressão dos dedos, mas permanece esticada. Se romper, o fruto está envelhecido e o seu verdadeiro sabor alterado. Evite juntar o Kiwi com as maçãs, peras ou bananas pois estes frutos libertam gás etílico, acelerando o seu amadurecimento e reduzindo-lhe o tempo normal de conservação. Para preservar todo o sabor do fruto não lhe esmague as grainhas, pois dar-lhe-ão um sabor amargo. Por esta razão, se reduzir o kiwi a puré ou a polme utilize sempre a lâmina de plástico do misturador. Pode ainda passá-lo por uma peneira ou passador de rede. O kiwi é o campeão em vitamina C dos frutos frescos, contém 72 mg/100 g de polpa. Fornece também vitaminas do complexo B e minerais como o potássio, cálcio, magnésio em relação a uma ténue composição calórica de 53 Kcal/100g. Devido à sua boa quantidade de fibra, tem um papel positivo na melhoria do

trânsito intestinal. Com toda esta riqueza nutricional, o consumo de kiwi está associado a um grande número de benefícios na saúde cardiovascular, devido aos valores igualmente elevados de vitamina K. Um dos benefícios emergentes do kiwi passa igualmente pela sua capacidade de prevenir e de reparar danos do nosso ADN associados a mutações e ao cancro, devido aos seus teores de betacaroteno e luteína. Utilize o kiwi ao natural para saborear ao pequeno-almoço, em cocktails de frutas frescas, é excelente cortado em go-



mos e misturado nas saladas de frutas, pode transformar-se em deliciosos gelados e sorvetes, decora bolos e garante tartes. Também enriquece as saladas e o seu sabor combina com peixe e carnes brancas. O Kiwi possui um enzima, a actinina, que tem a vantagem de amaciar a carne, tornando-a mais tenra. No entanto, este mesmo enzima tem tendência para reduzir a eficácia da gelatina normal. Por isso, numa bavarais ou geleia de kiwis utilize de preferência o agar-agar. E agora, delicie-se...

Salada de outono com Kiwi

Ingredientes:

- 1 alface
- 2 Kiwis
- 1 colher de sobremesa de sultanas
- 50 g de frutos secos
- 1 maçã pequena
- 1 colher de sopa de queijo magro ralado
- 2 colheres de sopa de bagos de romã
- 2 colheres de sopa de azeite virgem extra
- 1 colher de vinagre balsâmico
- Flor de sal q.b.

Preparação:

Lave as folhas de alface, escorra e ripe-as para dentro de uma saladeira. Descasque os Kiwis, corte-os aos bocados e junte à salada. Seguidamente, adicione as sultanas, os frutos secos grosseiramente partidos e a maçã cortada em finas fatias. Para temperar, misture o azeite, o vinagre e o sal, deite sobre a salada e mexa. No final, salpique com o queijo e a romã. Pode acompanhar esta salada com peito de peru assado com castanhas.

Bom apetite!

Saudações nutricionais,

Maria Duarte

Unidade de Fisiopatologia Respiratória do Serviço de Pneumologia II do Centro Hospitalar Lisboa Norte / Hospital Pulido Valente

Narcolepsia uma causa de sonolência diurna excessiva

Susana Carreira¹, Ana Ferreira Alves², Amélia Feliciano³, Ana Sofia Oliveira³, Ana Rita Dias⁴, Cristina Canhão⁴, Paula Pinto⁵, Cristina Bárbara⁶

¹ Interna do Internato Complementar de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) Hospital Pulido Valente (HPV)

² Interna do Internato Complementar de Pneumologia, Hospital de Santarém EPE

³ Assistente Hospitalar de Pneumologia, CHLN HPV

⁴ Técnica de Cardiopneumologia, CHLN HPV

⁵ Assistente Hospitalar de Pneumologia, CHLN HPV; Assistente Convidada da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (FCML)

⁶ Chefe de Serviço de Pneumologia; Directora do Serviço de Pneumologia II do CHLN HPV; Professora Auxiliar Convidada com Agregação da FCML

RESUMO

A narcolepsia representa uma perturbação neurológica crónica do sono caracterizada por sonolência diurna excessiva frequentemente associada a cataplexia e/ou a fenómenos relacionados com o sono REM (*rapid eye movement*). Apesar de o seu diagnóstico implicar, frequentemente, a realização de estudos em centros especializados em patologia do sono, a suspeição clínica é o elemento primordial para iniciar a marcha diagnóstica, pelo que os clínicos devem estar sensibilizados para o seu reconhecimento. Os autores apresentam um caso clínico de uma doente referenciada à consulta de patologia do sono por sonolência diurna excessiva. Verificou-se que reunia a chamada tríade narcoléptica: sonolência diurna excessiva, cataplexia e alucinações hipnagógicas. O diagnóstico de narcolepsia foi confirmado por polissonografia e teste de latência múltipla do sono. A doente iniciou terapêutica com modafinil, um agente promotor da vigília não anfetamínico, e foram instituídas medidas comportamentais, com melhoria da sintomatologia.

Neste caso salienta-se o facto de, apesar da doente apresentar sintomatologia de longa duração e desta ter impacto na sua vida social e profissional, não ter sido previamente accionada uma marcha diagnóstica, provavelmente porque o quadro foi atribuído a uma situação de privação crónica do sono.

PALAVRAS-CHAVE

Narcolepsia, cataplexia, alucinações, polissonografia

Introdução

Em 1880, Gélinau, neurologista francês, aplicou o termo narcolepsia para designar uma doença do sono caracterizada por sonolência diurna excessiva e episódios de fraqueza muscular desencadeados por emoções intensas.¹ A palavra narcolepsia provém do grego *nárke* (narco, estupor, sonolência) + *lepis* (lepsia, crise).

Nos anos de 1950 e 1960, foi dado um importante passo na compreensão da morfologia electroencefalográfica, o que permitiu definir os diferentes estádios do sono. Reconheceu-se, nos indivíduos normais, uma dualidade entre o sono REM (*rapid eye movement*), caracterizado por actividade cortical com dessincronização do electroencefalograma (EEG), aumento do metabolismo cerebral, atonia muscular, movimento ocular rápido conjugado e presença de sonhos, e o sono NREM (*non-REM*) com três estádios que se caracterizam pela lentificação gradual das ondas de EEG.² Verificou-se que os doentes com narcolepsia podiam iniciar o sono em fase REM.

Posteriormente, o teste de latência múltipla do sono

(TLMS), associou-se à polissonografia (PSG) como forma de documentar a sonolência e os períodos de início do sono em fase REM.¹ Este teste consiste na realização de cinco sextas com duas horas de intervalo, terminando cada sesta após 15 minutos de sono ou após 20 minutos se o doente não adormecer.

A narcolepsia representa uma perturbação neurológica crónica do sono, não progressiva, em que existe uma alteração da estabilidade do ciclo sono-vigília.³ Segundo a actual Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono da Academia Americana de Medicina do Sono, caracteriza-se por sonolência diurna excessiva frequentemente associada a cataplexia (narcolepsia com cataplexia) e/ou a fenómenos relacionados com o sono REM como paralisia do sono e alucinações hipnagógicas.⁴

A sonolência diurna excessiva é geralmente o primeiro sintoma a manifestar-se, surgindo sob a forma de crises recorrentes de sonolência súbita e imperiosa, também designadas como “ataques de sono”, que ocorrem ao longo do dia. Este sintoma pode revelar-se o mais incapacitante, uma vez que ocorre frequentemente em situações como condução e actividade profissional. A sonolência melhora, na maioria dos casos, após a realização de breves sextas.³ A cataplexia é patognomónica da doença e refere-se a uma perda parcial ou generalizada, quase invariavelmente bilateral, do tónus dos músculos esqueléticos, em resposta a emoções como o riso, irritação ou medo. Pode atingir vários grupos musculares e causar queda súbita ou envolver apenas pequenos grupos musculares conduzindo a queda das pálpebras, queda do maxilar inferior, flexão dos joelhos ou queda de pequenos objectos das mãos. Alguns doentes não apresentam este sintoma, designando-se, nestes casos, narcolepsia sem cataplexia.

A paralisia do sono, presente em 20-50% dos indivíduos, define-se como uma incapacidade para se mover ou falar ao adormecer ou ao acordar, com duração de segundos ou minutos.³

As alucinações hipnagógicas/hipnopômicas são visões ou sonhos vívidos registados quando o indivíduo está, respectivamente, a adormecer ou acordar. Estas alucinações podem ser visuais, auditivas ou tácteis e diferem dos sonhos normais por

serem sentidas como reais.

Apesar do diagnóstico definitivo da narcolepsia implicar, frequentemente, a realização de estudos em centros especializados de patologia do sono, a suspeição clínica é o elemento primordial para iniciar a marcha diagnóstica, pelo que os clínicos devem estar sensibilizados para o seu reconhecimento. Salienta-se o facto de o sintoma cardinal desta patologia, a sonolência diurna excessiva, ser frequentemente enquadrada, pelo doente e pelo médico, num contexto de privação crónica do sono relacionada com o ritmo imposto pela sociedade actual. Este aspecto pode contribuir para o baixo índice de suspeição clínica e, conseqüentemente, para um subdiagnóstico desta entidade clínica.

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente com narcolepsia com manifestações clínicas de longa duração e que clinicamente reunia a chamada tríade narcoléptica.

Descrição do caso

Doente do sexo feminino, 58 anos, enfermeira (reformada), não fumadora, sem hábitos etanólicos, com antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar aos 20 anos, hipertensão arterial, dislipidémia, acidente isquémico transitório aos 53 anos e hipotiroidismo pós-tiroidectomia total. Medicada regularmente com atenolol, enalapril, levotiroxina, sinvastatina e ticlopidina. Sem antecedentes familiares relevantes.

Foi referenciada à consulta de patologia do sono, através da consulta de medicina interna, por referir sonolência diurna excessiva. Apresentava, desde a juventude, episódios súbitos de sono, sensação de cansaço persistente e défice de concentração. Estas queixas foram atribuídas, na fase inicial da sua vida profissional, ao facto de trabalhar por turnos. Os sintomas condicionavam a sua vida social e o seu desempenho profissional, tendo motivado o abandono precoce da actividade por turnos. Referia registar esporadicamente, desde a infância, sonhos vívidos e visões de animais selvagens ao adormecer. Nos últimos dois anos tinha episódios de perda súbita da força muscular (cerca de três por ano) geralmente desencadeados por emoções como o riso ou medo.

Em relação aos hábitos de sono, dormia, em média,

nove horas, acordando uma a duas vezes durante noite. Apesar de rressonar, nunca tinham sido presenciadas paragens respiratórias durante o sono. A sonolência diurna melhorava após a realização de sestas breves, com duração de cinco a dez minutos. Na escala de sonolência de *Epworth*, a doente apresentava uma pontuação de 21/24 (normal: inferior a 10), o que traduzia hipersonolência diurna muito significativa. Para esclarecimento da situação foram solicitados PSG e TLMS. Na PSG verificou-se: curta latência do sono; alteração da arquitectura do sono com diminuição da sua eficiência, provavelmente devido ao “efeito de primeira noite”; índice de apneia-hipopneia de 3,7 eventos respiratórios/hora, excluindo a presença de síndrome de apneia obstrutiva do sono. No TLMS observou-se início do sono em REM em três das cinco sestas e o tempo de latência ao sono foi de seis minutos, objectivando-se hipersonolência diurna.



Do ponto de vista analítico, não havia alterações significativas, nomeadamente da função tiroideia.

A clínica e os exames complementares de diagnóstico permitiram concluir que se tratava de um caso de narcolepsia.

Foram instituídas medidas comportamentais, como adopção de horários de deitar/acordar regulares, realização de sestas frequentes, exercício físico e evicção de estimulantes. A doente iniciou terapêutica farmacológica com modafinil (100 mg/dia), um agente promotor da vigília não anfetamínico, com melhoria da sonolência diurna excessiva referida pela doente e avaliada pela escala de sonolência de *Epworth*. Não se registaram efeitos adversos decorrentes da terapêutica instituída.

Comentário

O caso clínico apresentado exemplifica um caso de narcolepsia com cataplexia, associada à ocorrência de alucinações hipnagógicas. Neste caso salienta-se o longo período de evolução da sintomatologia e a forma como a doente se tentou adaptar o seu estilo de vida às queixas referidas, dormindo breves sestas e abandonando actividade por turnos. Apesar do impacto social e profissional dos sintomas, não foi acionada uma marcha diagnóstica porque a sintomatologia foi associada a uma possível privação crónica do sono.

A narcolepsia é uma doença do sono sub-diagnosticada que afecta 0,03 a 0,16% da população geral.³ A idade de início dos sintomas varia desde a infância até aos 50 anos, com dois picos, um maior por volta dos 15 anos de idade e outro aproximadamente aos 36 anos.³ Ambos os sexos parecem ser igualmente afectados.⁵ Os membros da família têm um risco aumentado de ter a doença, que se manifesta em 1 a 2% dos familiares em primeiro grau,⁵ mas é raro existir uma história familiar claramente definida.

O conhecimento da fisiopatologia da narcolepsia tem evoluído, reconhecendo-se uma associação entre esta perturbação e o HLA DQB1*0602, presente em 95% dos doentes com o diagnóstico de narcolepsia com cataplexia.^{6,7} Mais recentemente foi sugerido que esta perturbação resulta da perda selectiva de células do hipotálamo lateral que secretam um neurotransmissor conhecido por hipocretina ou orexina. Este neurotransmissor é responsável por aumentar a actividade de várias regiões do cérebro, envolvidas na promoção da vigília. Cerca de 90% dos doentes com narcolepsia com cataplexia têm níveis muito baixos ou indetectáveis de hipocretina no líquido cefalorraquidiano.⁸

A abordagem desta entidade envolve uma anamnese detalhada que deve incidir sobre os sintomas sugestivos da doença, o padrão de sono e vigília, o horário laboral e os hábitos alcoólicos e medicamentosos. É de extrema importância, principalmente na ausência de cataplexia associada, considerar causas mais frequentes para sonolência diurna excessiva como privação de sono, síndrome de apneia obstrutiva do sono, perturbações do ritmo circadiano (trabalhos por turnos, *jet lag*),

hipersonolência idiopática, síndrome das pernas inquietas, depressão e utilização de fármacos.

O diagnóstico clínico de narcolepsia pode ser considerado na presença de sonolência diurna excessiva e/ou episódios súbitos de sono ao longo do dia, durante um período de pelo menos seis meses, quando associada a uma história clara de cataplexia, designando-se, neste caso, narcolepsia com cataplexia. De acordo com a actual Classificação Internacional de Distúrbios de Sono da Academia Americana de Medicina do Sono,⁴ é possível diagnosticar narcolepsia sem cataplexia na presença de sonolência diurna excessiva associada a, pelo menos, um dos outros sintomas típicos e a, pelo menos, uma das seguintes alterações no TLMS: latência média do sono inferior a oito minutos ou presença de dois períodos de início do sono em REM nas sestas do TLMS.³ Este último é geralmente precedido de uma PSG nocturna para excluir outras causas possíveis de sonolência excessiva.

A abordagem terapêutica da narcolepsia assenta essencialmente no controlo sintomático. Deve incentivar-se o doente a adoptar medidas comportamentais que possam contribuir para uma melhoria dos sintomas nomeadamente, a realização de sestas frequentes, a prática de exercício físico e o estabelecimento de horários sono-vigília regulares. Na maioria dos casos há indicação para iniciar tratamento farmacológico.⁹ A terapêutica de primeira linha da sonolência diurna excessiva inclui

estimulantes não anfetamínicos como o modafinil. Estes agentes, ao aumentarem o sinal dopaminérgico, proporcionam ao doente uma melhoria subjectiva e objectiva da sonolência excessiva. O modafinil é considerado um agente eficaz e geralmente bem tolerado. Os efeitos adversos mais frequentemente reportados são cefaleias, ansiedade, insónia, vertigem, alterações da sensibilidade, diminuição do apetite e dor abdominal. Os antidepressivos, como a fluoxetina, podem também ser benéficos na cataplexia por terem um efeito supressor do sono REM.¹⁰

Referências Bibliográficas

1. Longstreth WT, Koepsell TD, Ton TG, Hendrickson AF, Van Belle G. The Epidemiology of Narcolepsy. *Sleep* 2007; 30 (1):13-26.
2. Green PM, Stillman MJ. Narcolepsy: Signs, Symptoms, Differential Diagnosis and Management. *Arch Fam Med* 1998; 7: 472-78.
3. Nishino S. Clinical and Neurobiological Aspects of Narcolepsy. *Sleep Med* 2007; 8 (4): 373-399.
4. American Academy of Sleep Medicine (AASM). International Classification of Sleep Disorders. Westchester, AASM, 2005.
5. Zeman A, Britton T, Douglas N *et al.* Narcolepsy and excessive daytime sleepiness- Clinical review. *BMJ* 2004; 329:724-8.
6. Mignot E. Genetic and familial aspects of narcolepsy. *Neurology* 1998; 50 (suppl1): 516-22.
7. Mignot E, Hayduk R, Black J, Grumet FC, Guilleminault C. HLA DQB1*0602 is associated with cataplexy in 509 narcoleptic patients. *Sleep* 1997; 20:1012-20.
8. Hungs M, Lin L, Okun M, Mignot M. Polymorphisms in the vicinity of the hypocretin/orexin are not associated with human narcolepsy. *Neurology* 2001; 57:1893-1895.
9. Nishino S. Narcolepsy. *Sleep Med Clin* 2006; 1: 47-61.
10. Mignot E, Nishino S. Emerging Therapies in Narcolepsy-Cataplexy. *Sleep* 2005; 28 (6): 754-763.

Contacto:

TLM.: 939 312 536
 TELF.: 244 854 339
 M.: geral@mesis.pt
 www.mesis.pt







O Edifício Orquidea,
 Situa-se na Quinta das Trigosas
LOTE 24

Pormenores que marcam a diferença:

Alarme anti-intrusão; **Portas** interiores e roupeiros **lacados a branco**; **Design de interior personalizado**; Cozinha equipada; Banheira de hidromassagem; **ar condicionado**; Estores eléctricos; **Tectos falsos, com jogos de luz por sancas de iluminação indirecta**, projectores encastrados/cúbicos; **Piso em mosaico rectificad**o nas instalações sanitárias e cozinha, restantes divisões em **piso flutuante** em nogueira americana.





