

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Medicina:

**Elevados Padrões de
Desempenho Técnico e Ético**

2



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Medicina:

**Elevados Padrões de
Desempenho Técnico e Ético**



2

Editora Chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dr. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: elevados padrões de desempenho técnico e ético
2 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. -
Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-571-6

DOI 10.22533/at.ed.716201611

1. Medicina. 2. Saúde. 3. Pesquisa. I. Silva Neto,
Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

Nossa intenção com os seis volumes iniciais desta obra é oferecer ao nosso leitor uma produção científica de qualidade fundamentada na premissa que compõe o título da obra, ou seja, qualidade e clareza nas metodologias aplicadas ao campo médico e valores éticos direcionando cada estudo. Portanto a obra se baseia na importância de se aprofundar no conhecimento nas diversas técnicas de estudo do campo médico, mas ao mesmo tempo destacando os valores bioéticos.

De forma integrada e colaborativa a nossa proposta, certificada e muito bem produzida pela Atena Editora, trás ao leitor a obra “Medicina: Elevados Padrões de Desempenho Técnico e Ético” contendo trabalhos e pesquisas desenvolvidas no território nacional abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas com um direcionamento sugestivo para a importância do alto padrão de análises do campo da saúde, assim como para a valorização da ética médica profissional.

Novos valores têm sido a cada dia agregados na formação do profissional da saúde, todos eles fundamentais para a pesquisa, investigação e desenvolvimento. Portanto, é relevante que acadêmicos e profissionais da saúde atualizem seus conhecimentos sobre técnicas e estratégias metodológicas.

A importância de padrões elevados no conceito técnico de produção de conhecimento e de investigação no campo médico, serviu de fio condutor para a seleção e categorização dos trabalhos aqui apresentados. Esta obra, de forma específica, compreende a apresentação de dados muito bem elaborados e descritos das diversas áreas da medicina, com ênfase em conceitos tais como Segurança do Paciente, Saúde, Apendagite epiploica, abdome agudo, gravidez; Doença inflamatória intestinal, Drenagem Biliar, CPRE, Anatomia comparada, divertículo duodenal; pneumoperitoneo, perfuração intestinal, tuberculose, Cirurgia hepática, antagonista TNF alfa, Metástase hepática, Febre amarela, febre hemorrágica, transplante de fígado, Peritonite fecal, videolaparoscopia, Fístula entérica, Hérnia ventral, obstrução intestinal, Pigtail, Gastroplastia Endoscópica, Obesidade, bypass gástrico, dentre outros diversos temas relevantes.

Finalmente destacamos que a disponibilização destes dados através de uma literatura, rigorosamente avaliada, fundamenta a importância de uma comunicação sólida e relevante na área médica, deste modo a obra “Medicina: Elevados Padrões de Desempenho Técnico e Ético - volume 2” propiciará ao leitor uma teoria bem fundamentada desenvolvida em diversas partes do território nacional de maneira concisa e didática.

Desejamos à todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ANÁLISE DE MATRIZ DE RISCO DE UM HOSPITAL PARTICULAR DA CIDADE DE RIO VERDE (GO)

Vanessa Renata Molinero de Paula

Gustavo Melo de Paula

Gizela Pedrazzoli Pereira

Evelyn Schulz Pignatti

Tânia de Oliveira Mendes Crepaldi

Fabírcia Dias Colombano Linares

DOI 10.22533/at.ed.7162016111

CAPÍTULO 2..... 12

APENDAGITE EPIPLOICA: RELATO DE CASO

Isadora Ferreira Oliveira

Julia Posses Gentil

Vinicius Magalhães Silva

DOI 10.22533/at.ed.7162016112

CAPÍTULO 3..... 15

APERFEIÇOANDO A TÉCNICA DE TENORRAFIA COM USO DE SIMULADOR BIOLÓGICO SUÍNO

Guilherme Augusto Cardoso Soares

Cassio Fagundes Madeira Vianna

Matheus Vinicius de Araújo Lucena

Jaciel Benedito de Oliveira

Milton Ignácio Carvalho Tube

DOI 10.22533/at.ed.7162016113

CAPÍTULO 4..... 26

ARTIGO DE REVISÃO: TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) E A GESTAÇÃO

Fernanda Mezzacapa de Sousa

Renata Yumi Lima Konichi

Jorge Augusto Colonhesi Ignacio

Ruy França de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.7162016114

CAPÍTULO 5..... 40

AVALIAÇÃO DA RESPOSTA INFLAMATÓRIA DE FIOS ABSORVÍVEIS: ESTUDO EM RATOS

Julia Posses Gentil

Isadora Ferreira Oliveira

Luiza Gabriela Zain

Fernando Von Jelita Salinas

Marina Muller Reis Weber

Laize Cristine dos Santos

Giana Bachega Badiale
Wagner Carlucci
Vinicius Magalhães Rodrigues Silva

DOI 10.22533/at.ed.7162016115

CAPÍTULO 6..... 49

AVALIAÇÃO DA TAXA DE INFECÇÃO NA FERIDA OPERATÓRIA, PÓS APENDICECTOMIA POR INCISÃO ESPECÍFICA E HIGIENIZAÇÃO, APÓS O FECHAMENTO DA APONEUROSE

Maria Alice Matias Cardozo
Igor Dominick Michalick
Joana Mendes Conegundes
Jéssica Gomes Baldoino Araújo
Mariana Araújo de Moura Silva
Alisson Rodrigues Pinto

DOI 10.22533/at.ed.7162016116

CAPÍTULO 7..... 59

AVALIAÇÃO DA TAXA DE SUCESSO NA CANULAÇÃO DO DUCTO BILIAR POR CPRE UTILIZANDO TÉCNICAS VARIADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Frederico Fonseca Campos
Rodrigo Roda Rodrigues da Silva
Vitor Nunes Arantes
Bárbara de Oliveira Moreira
Daniella Montecino Vaz de Melo
Matheus Tavares Caetano da Nóbrega
Daniella Lacerda Franklin Chacon
Sara Crispim Fortaleza de Aquino
José Artânio Barroso Leite Júnior
Helmmmer Brilhante de Sousa
Giulia Palitot de Oliveira Lima Nunes

DOI 10.22533/at.ed.7162016117

CAPÍTULO 8..... 63

COMPLICAÇÃO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA DEVIDO OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL POR FITOBEZOAR

Gabriel Carneiro Fernandes Fonsêca
Rômulo Gioia Santos Júnior
Marcelo Gonçalves Sousa

DOI 10.22533/at.ed.7162016118

CAPÍTULO 9..... 68

DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE EM BY-PASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX: UM RELATO DE CASO

Adriel Rudson Barbosa Albuquerque
Heli Clóvis de Medeiros Neto
Gabriel Carlos Nóbrega de Souza
Ana Lúvia Vaz de Freitas

José Armando da Silva Filho
Victor Galvão de Araújo Nunes
DOI 10.22533/at.ed.7162016119

CAPÍTULO 10..... 72

DISSECAÇÃO E ANÁLISE DE OLHO BOVINO EM AULAS PRÁTICAS DE ANATOMIA HUMANA: ATIVIDADE PRÁTICA EXPERIMENTAL

Matheus Vinicius de Araújo Lucena
Cassio Fagundes Madeira Vianna
Geneci Lucas Lucena Lopes
Guilherme Augusto Cardoso Soares
Gustavo Quisilin Rodrigues
Jaciel Benedito de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.71620161110

CAPÍTULO 11 82

DIVERTÍCULO DE TERCEIRA PORÇÃO DUODENAL PERFURADO: APRESENTAÇÃO CLÍNICA RARA

Meyrienne Almeida Barbosa
Tayná Pereira Magalhães
Sofia Santoro Di Sessa Machado
Caroline Simões Gonçalves
Victor Oliveira Bianchi
Domingos Aires Leitão Neto
Romeu Pompeu Júnior
José Vinicius Ferreira de Lira
Gustavo Fernando Menezes do Amaral
Rafael Mochate Flor
Marco Vinicio Fanucchi Gil

DOI 10.22533/at.ed.71620161111

CAPÍTULO 12..... 89

DOENÇA DE BAZIN EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA EM USO DE AZATIOPRINA: RELATO DE CASO

Caio Rodrigues Magrini
Andrea Vieira
Maria Luiza Queiroz de Miranda
Roberto Gomes da Silva Junior
Sybele Pryscila Almeida da Silva
Christianne Damasceno Arcelino do Ceará
Adolpho Alexander Letizio da Silva

DOI 10.22533/at.ed.71620161112

CAPÍTULO 13..... 94

DOENÇA DE CAROLI - UMA DESORDEM CONGÊNITA RARA COM REFRAATARIEDADE AO TRATAMENTO CIRÚRGICO: RELATO DE CASO

Juliana Jeanne Vieira de Carvalho
Felipe Gomes Boaventura

Marianna Boaventura Manfroi
Andressa Rayandra Trindade Hitzeschky Reis
Araceli Perin Carniel
Messias Genezio Santana da Silva
Mariana de Lima Alves
Francieli da Silva Thiessen
Jackson Alves de Lima
Achiles Queiroz Monteiro de Rezende
Leonardo Toledo Mota

DOI 10.22533/at.ed.71620161113

CAPÍTULO 14..... 98

DOENÇA DE CROHN ASSOCIADA À TUBERCULOSE INTESTINAL

Gabriel Carlos Nóbrega de Souza
Anna Elisa Nóbrega de Souza
Heli Clóvis de Medeiros Neto
Adriel Rudson Barbosa Albuquerque
Leonardo Farache Porto Cavina

DOI 10.22533/at.ed.71620161114

CAPÍTULO 15..... 103

MIGRAÇÃO PRECOCE DE PRÓTESE PLÁSTICA EM COLEDOCODUODENOSTOMIA GUIADA POR ULTRASSOM ENDOSCÓPICO: SÉRIE DE 4 CASOS

Frederico Fonseca Campos
Rodrigo Roda Rodrigues da Silva
Felipe Alves Retes
Vitor Nunes Arantes
Bárbara de Oliveira Moreira
Luan Cayke Marinho de Oliveira
Rebeca Vital Matias Acioli
Marcela Pietra Wanderley Pires
Paulo Dália Teixeira Filho
Levi Olinda Lira de Paiva
Daniella Montecino Vaz de Melo

DOI 10.22533/at.ed.71620161115

CAPÍTULO 16..... 107

RESSECÇÃO CIRÚRGICA ASSOCIADA À DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX DE TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE ALTO RISCO

Juliana Jeanne Vieira de Carvalho
Felipe Gomes Boaventura
Marianna Boaventura Manfroi
Andressa Rayandra Trindade Hitzeschky Reis
Araceli Perin Carniel
Messias Genezio Santana da Silva
Carolina Gomes Garcia
Milena Letícia de Maia Vasconcelos

Josiel Neves da Silva

Aaron Froede Santos

DOI 10.22533/at.ed.71620161116

CAPÍTULO 17..... 111

RESSECÇÃO DE CONGLOMERADO LINFONODAL E METÁSTASE HEPÁTICA DE TUMOR MISTO DE TESTÍCULO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Ary Augusto de Castro Macedo

Ilka de Fátima Ferreira Santana Boin

Elaine Cristina de Ataíde

Simone Reges Perales

João Gabriel Romero Braga

Tiago Bezerra de Freitas Diniz

Laísa Simakawa Jimenez

Pedro França da Costa Soares

Marina Andrade Macedo Pacetti Miranda

DOI 10.22533/at.ed.71620161117

CAPÍTULO 18..... 123

REVISÃO DE LITERATURA: COMPARAÇÃO DO POLIETILENOGLICOL COM LACTULOSE PARA O PREPARO INTESTINAL ANTES DA COLONOSCOPIA

Orestes Borges

DOI 10.22533/at.ed.71620161118

CAPÍTULO 19..... 129

TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM FEBRE HEMORRÁGICA: UM RELATO DE CASO

Henrique Cruz Baldanza

Ana Luiza Silva Pimenta Macedo

Júlia Wanderley Drumond

Rafael Henrique Gatasse Kalume

Ana Laura Franco Santos

Priscila Cypreste

Renata Mendonça Lemos

Bruna Silva Pimenta Macedo

Gabriel Rezende Neiva

Alan Rodrigues de Almeida Paiva

Renata Barreto Francisco

Rafael Resende Pereira

DOI 10.22533/at.ed.71620161119

SOBRE O ORGANIZADOR..... 134

ÍNDICE REMISSIVO..... 135

CAPÍTULO 4

ARTIGO DE REVISÃO: TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) E A GESTAÇÃO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 10/08/2020

Fernanda Mezzacapa de Sousa

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa
de São Paulo
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/4626128239104808>

Renata Yumi Lima Konichi

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa
de São Paulo
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/0287972168845427>

Jorge Augusto Colonhesi Ignacio

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa
de São Paulo
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/7230466838760215>

Ruy França de Almeida

Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia
Digestiva (CBCD); Departamento de Cirurgia
da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/7595665619867202>

RESUMO: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) a maioria das vezes torna-se clinicamente evidente durante da idade fértil e cerca de um terço das pacientes têm reativação da doença durante a gravidez, especialmente durante o primeiro trimestre ou no período pós-parto. Por essa razão, as mulheres com DII em idade reprodutiva

frequentemente relatam preocupação com os potenciais efeitos do tratamento medicamentoso sobre os resultados obstétricos. Ainda não há uma padronização da conduta que o médico obstetra ou o gastroenterologista devem assumir, o que leva a dúvidas sobre manter ou suspender a terapia medicamentosa. Essa revisão ilustra a importância do acompanhamento antes da concepção e da necessidade de se manter ou obter a remissão da doença durante toda gestação uma vez que a reativação da doença durante o período gestacional pode se mostrar muito mais deletéria para o feto do que qualquer risco potencial da medicação utilizada.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez; Doença inflamatória intestinal; drogas anti-TNF; terapia imunomoduladora; antibióticos.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE TREATMENT AND THE EFFECTS ON PREGNANCY

ABSTRACT: Inflammatory bowel disease (IBD) in most cases becomes clinically evident during fertile years, around one third of patients suffer from reactivation of their IBD during pregnancy, especially during the first trimester or in the postpartum period. Women suffering from IBD that are in fertile age frequently worry with potential side effects of their treatment on their obstetric results. To this day, there isn't a standard management that physicians use and the consequence is that there are doubts about whether suspending or maintaining drugs whenever a patient is pregnant, or is planning to be pregnant. We are going to be analyzing the

drugs that are used to treat IBD and their safety on patients that are pregnant or are planning to get pregnant. This revision illustrates the importance of following with physicians even before conception and the necessity to maintain recession of the disease during all gestational period, once any reactivation of IBD shows much worse results than any drugs used in treatment.

KEYWORDS: Pregnancy; Inflammatory bowel disease; anti-TNF drugs; immune modulating therapy; antibiotics.

1 | INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) é uma doença crônica imunologicamente mediada⁸ decorrente da interação de fatores genéticos, microbiota intestinal e imunorregulação de mucosa¹⁵. Ela é compreendida em duas doenças maiores: a retocolite ulcerativa (RCUI) e a Doença de Crohn (DC). A RCUI afeta o cólon, enquanto a DC pode afetar qualquer componente do trato gastrointestinal, desde a boca até a área perianal. Esses distúrbios ainda não tem uma patogênese bem esclarecida, mas apresentam características patológicas e clínicas semelhantes, com apenas algumas divergências³¹. A retocolite ulcerativa é caracterizada por inflamação crônica da mucosa do cólon e do reto. Retocolites envolvendo somente o reto compõem 25% dos casos, enquanto colites que possuem o comprometimento total do cólon (pancolite) representam 10% dos casos⁸. Na RCUI é comumente encontrado o quadro de diarreia, que pode ter aspecto sanguinolento, podendo estar associada a sintomas como cólicas abdominais, urgência evacuatória, tenesmo e incontinência. A doença na região distal do trato pode ser acompanhada de constipação e, frequentemente, eliminação de sangue e muco. O início dos sintomas é geralmente gradual e progride ao longo de várias semanas, podendo ser precedido por episódio de sangramento retal autolimitado a semanas ou meses antes. A gravidade do quadro pode variar de acordo com o número de evacuações, sendo considerada doença leve até quatro evacuações por dia e doença grave, mais de 10 evacuações por dia, acompanhadas de câibras severas e sangramento contínuo³⁷. Dependendo da gravidade da RCUI podem ocorrer afecções sistêmicas como febre, fadiga, perda de peso e também dispneia e palpitações devido a anemia ferropriva secundária à perda de sangue³⁷.

A Doença de Crohn se caracteriza por ser um processo inflamatório crônico que acomete o trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal, de intensidade variável e transmural^{18,13,39}. Os locais de acometimento mais frequentes são o intestino delgado e o grosso. Manifestações perianais podem ocorrer em mais de 50% dos pacientes³⁹. Manifestações extraintestinais associadas ou isoladas podem ocorrer e atingem mais frequentemente pele, articulações, olhos, fígado e trato urinário^{24,21}. A natureza inflamatória transmural da doença de Crohn pode levar a

fibrose e estenoses e a apresentações clínicas obstrutivas que não são tipicamente vistas em pacientes com colite ulcerativa. A inflamação transmural também pode resultar em tratos sinusais, dando origem a microperfurações e formação de fístulas³². As manifestações clínicas da Doença de Crohn são mais variáveis quando comparadas às da RCUI. Os pacientes podem apresentar sintomas por muitos anos antes do diagnóstico^{12,33,5}. Fadiga, diarreia prolongada com dor abdominal, perda de peso e febre (com ou sem sangramento grave) são características do quadro clínico de DC²⁷.

Ambas doenças afetam indivíduos de qualquer idade, mas o diagnóstico é realizado com maior frequência na segunda ou terceira décadas de vida^{17,16}.

Na virada do Século XXI, a DII tornou-se uma doença global, com incidência acelerada em países recentemente industrializados cujas sociedades se tornaram mais ocidentalizadas. A incidência e a prevalência da DII variam de acordo com a localidade, acredita-se que a DII esteja relacionada com a industrialização dos países, visto que os maiores índices encontram-se na América do Norte e Europa³. A incidência da DII aparenta aumentar em países em desenvolvimento à medida que eles se tornam mais industrializados^{43,10}, muito embora os dados epidemiológicos populacionais dessas nações apresentem variações²⁹. Em países ocidentais, incidência está se estabilizando, mas é alta, ultrapassando os 0,3%³⁰.

Vários pacientes com DII estão em idade reprodutiva. Mulheres jovens com DII normalmente estão muito preocupadas sobre a fertilidade, o curso de sua doença durante a gravidez, a herdabilidade da doença para seus filhos e o efeito da doença sobre a gestação em si. Além disso, pacientes expressam preocupações sobre a utilização de medicações para DII durante a gravidez, com medo que essas medicações possam afetar negativamente o feto¹⁹. Dessa forma é de grande importância que gastroenterologistas e pacientes com DII estejam informados dos efeitos da DII na gestação, da gestação na DII e da medicação para DII no feto, bem como no curso da gravidez¹⁹.

A gestação pode ser um fator predisponente a surtos na DII, quando a concepção ocorre durante um período de remissão, cerca de um terço dos pacientes tem exacerbação durante a gravidez, o que é semelhante ao índice de piora em pacientes com DC não grávidas. Já na RCUI, as taxas de surtos mais altas foram observadas durante os primeiros 2 trimestres. Apesar disso a gravidez pode também influenciar positivamente o curso geral da DII, pois com o aumento da paridade, a necessidade de intervenções cirúrgicas diminui. Sendo assim, pacientes com gestação anterior necessitam de menos ressecções e o intervalo entre as operações tende a ser maior quando comparadas às nulíparas, principalmente no quadro de DC. As mães com DC também parecem ter uma taxa de exacerbação da doença menor nos anos após a gestação em comparação com os anos antes da gravidez,

mas fatores específicos, como o tabagismo, não foram investigados ou descartados em análises multivariadas. Um pequeno estudo retrospectivo demonstrou que a qualidade de vida determinada pelo “Questionário de Doença Inflamatória Curta” melhorou durante a gravidez em 50% das mulheres. A gravidez afeta o sistema imunológico, o que pode contribuir para esses achados⁴¹.

A DII ativa pode afetar a fertilidade e ter impacto negativo sobre o curso da gravidez. As diretrizes atuais recomendam otimizar o controle da doença e os medicamentos antes da concepção e é frequentemente recomendado que os pacientes continuem com medicações que agem no fator de necrose tumoral (TNF). A literatura apresenta dados que demonstram que aproximadamente 20% dos pacientes com DII, que possuem desejo de engravidar, precisam de tratamento com medicamentos anti-TNF. Portanto, a segurança das terapias biológicas na gravidez é um problema clínico pertinente³⁵.

2 | OBJETIVO

Esclarecer os riscos e a segurança do tratamento efetivo da doença inflamatória intestinal antes da concepção e da necessidade de se manter ou obter a remissão da doença durante toda gestação.

3 | MÉTODO

Revisão de literatura de 1975 a 2019, com base em dados *PubMed*, *UpToDate*, *Scielo*, *NCBI*. Foram utilizados como descritores: gestação; doença inflamatória intestinal; fertilidade; agentes anti-TNF; aminosalicilatos; terapia com imunomoduladores; antibióticos.

4 | DISCUSSÃO

Estudos em pacientes com doença inflamatória intestinal têm demonstrado resultados variáveis na incidência de parto prematuro. A doença ativa durante a gravidez pode estar associada a um risco aumentado de malformações congênitas, abortos espontâneos, restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer, parto prematuro e natimortos²⁵. Cerca de um terço das pacientes apresentam atividade da doença durante a gravidez, especialmente durante o primeiro trimestre ou no período pós-parto³⁴.

Uma metanálise realizada em 2007 demonstrou que houve aumento de 1,87 vezes na incidência de prematuridade (< 37 semanas de gestação; IC 95% 1,52 a 2,31; $p < 0,001$) em comparação com os controles. A incidência de baixo peso ao nascer (< 2.500 g) foi mais que o dobro dos controles normais (IC 95% 1,38 a

3,19; $p < 0,001$). Mulheres com IBD foram 1,5 vezes mais propensas a se submeter à cesariana (IC 95% 1,26 a 1,79; $p < 0,001$) e o risco de anomalias congênitas encontrado foi 2,37 vezes maior (IC 95% 1,47 a 3,82; $p < 0,001$), ou seja, o estudo mostrou uma maior incidência de desfechos adversos da gravidez em pacientes com DII⁹.

A inflamação descontrolada na concepção e agudizações da doença durante a gravidez têm sido associadas a maiores taxas de perda fetal, parto prematuro, baixo peso ao nascer, entre outros desfechos desfavoráveis, como descrito em vários estudos epidemiológicos das três últimas décadas^{1,38}. Assim, a concepção deve ser planejada para ocorrer em períodos de remissão clínica estável, com manutenção do controle da doença durante todo o curso da gravidez⁴.

A doença de Crohn, por si só, não representa um risco para a gravidez; os estudos demonstram que a doença ativa ou sua exacerbação é que estão associadas a maus resultados obstétricos. Como resultado, o controle eficaz da atividade da doença é de vital importância durante a gestação²⁸. Além disso, a DC é multissistêmica, normalmente tratada com mais de uma classe de medicamento, razão pela qual é difícil atribuir a uma droga específica determinado efeito adverso. Além disso, não se pode excluir a possibilidade de que o mau resultado da gestação se deva à doença ativa³⁴.

Medicamentos utilizados no controle da DII

A sulfassalazina é uma opção segura durante os dois primeiros trimestres da gestação e na amamentação. No último trimestre, seu uso pode aumentar o risco de kernicterus¹⁴. Mesalazina é considerada segura durante a gestação em doses de até 3 g/dia, não tendo sido testadas doses maiores^{22,7}.

O metronidazol atravessa a placenta. Foi considerado carcinogênico em ratos, não devendo ser usado no primeiro trimestre da gestação. No segundo e terceiro trimestres, deve se restringir a casos em que os benefícios compensem os riscos. Não deve ser utilizado durante a amamentação⁷.

Os corticosteróides podem ser usados durante a gestação para controle de doença ativa, preferindo se aqueles mais metabolizados pela placenta, como prednisona⁷.

Existe somente uma série de casos de oito paciente portadores de DC tratados com budesonida, a qual não encontrou nenhum risco aumentado de problemas durante a gravidez⁴¹.

O metotrexato, por ser um antagonista do ácido fólico e, portanto, teratogênico, é contraindicado durante a gravidez²⁵. Mulheres em idade fértil devem adotar anticoncepção segura. Também está contraindicado na amamentação⁷. Tendo em vista a teratogenicidade bem documentada da talidomida, seu uso também é

contraindicado durante a gestação. É consenso entre todos os autores que estes dois medicamentos imunomoduladores são absolutamente contraindicados durante a gravidez⁴².

A azatioprina tem relatos de altas taxas de aborto. Contudo, a experiência em pacientes transplantados ou reumatológicos mostra que o fármaco não está associado a diminuição de fertilidade, prematuridade ou defeitos congênitos. Seu uso em mulheres em idade fértil deve ser acompanhado de métodos anticoncepcionais. O emprego cauteloso na gestação pode ser feito quando os benefícios superarem os riscos. Não se recomenda a associação de alopurinol a azatioprina na gestação por falta de estudos mostrando segurança dessa conduta⁷.

A ciclosporina atravessa a placenta. Foram observados casos de parto pré-termo e de baixo peso ao nascimento com sua utilização durante a gestação. Somente deve ser prescrita se os prováveis benefícios superarem os riscos. Pacientes em uso de ciclosporina não devem amamentar²².

A decisão de usar anti-TNF- α como terapia durante a gravidez deve ser tomada analisando-se cada caso. No caso de mulheres com doença em curso complicada, em que terapias biológicas têm sido os únicos agentes para induzir e manter a remissão, a terapia, normalmente, deve ser continuada durante a concepção e a gravidez¹⁴.

O uso de infliximabe e adalimumabe deve ser minimizado no terceiro trimestre (idealmente deve-se interromper a medicação em torno da trigésima semana de gestação), por conta das altas taxas de transferência placentária. Se for preciso iniciar uma droga anti-TNF- α durante a gravidez, o certolizumabe pode ser a escolha ideal, por sua baixa taxa de transferência placentária²⁶.

O vedolizumabe deve ter seu uso diminuído durante o último trimestre assim como outros tratamentos Anti-TNF, pois é esperado um aumento na transferência placentária durante a gravidez⁶.

O vedolizumabe também pode ser encontrado no leite materno em baixas concentrações, assim como o infliximabe e o adalimumabe, estudos sugerem que níveis máximos são encontrados 3-4 dias após a administração, sendo o maior valor encontrado de 480 ng/ml, diminuindo após esse período. Essa baixa concentração será ainda degradada pela atividade proteolítica do sistema digestório do recém nascido, dessa forma tendo um impacto insignificante no sistema imune da criança²³.

O ustekinumabe (USK), assim como outros medicamentos anti-TNF como o infliximabe, pode ser detectado na placenta e no recém nascido, tendo um pico de transporte no terceiro trimestre da gestação. O monitoramento da medicação durante a gravidez pode ajudar a limitar a exposição fetal, enquanto mantém níveis terapêuticos da droga na mãe, porém o valor ideal ainda não foi estabelecido para o USK. O ustekinumabe é uma adição relativamente nova dentre os tratamentos

para DII, e dados sobre o uso dele durante a gravidez ainda são muito limitados³⁵.

Medicamento	Categoria FDA	Durante a gravidez	Durante a amamentação
Aminossalicilatos			
Mesalazina	B	Baixo risco	Baixo risco
Sulfassalazina			
Corticosteroides	C	Baixo risco	Baixo risco, é recomendado 4 horas de intervalo antes da amamentação.
Tiopurinas*	D	Baixo risco	Baixo risco
Anti-TNF			
Infliximabe	B	Baixo risco. Considerar parar o uso no 3º TRI em pacientes em remissão sustentada.	Provavelmente baixo risco, dados escassos.
Adalimumabe			
Antibióticos			
Metronidazol	B	Evitar no 1º TRI	Evitar
Ciprofloxacino	C	Evitar no 1º TRI	Evitar
Outros			
Metotrexato	X	Contraíndicado	Contraíndicado
Talidomida	X	Contraíndicado	Contraíndicado

* Ainda existem estudos conflitantes acerca do uso da azatioprina, recomenda-se uso cauteloso quando os benefícios superarem os riscos.

Tabela 1: Tratamento medicamentoso da DII e riscos durante a gestação e amamentação.

Fertilidade e parto em pacientes com DII

No que tange a fertilidade, pacientes com DC quiescente têm a mesma fertilidade da população geral, enquanto as com DC em atividade apresentam fertilidade reduzida¹². De acordo com o consenso europeu de 2015, não há dados que relatem os efeitos da medicação na fertilidade feminina⁴¹.

O aconselhamento pré-natal para abordar as características patológicas das doenças e as opções farmacoterapêuticas durante a gravidez é clinicamente justificado para pacientes com potencial para engravidar que tenham DII. Isso deve ser feito precocemente, já que aproximadamente 40% das gestações em todo o mundo não são intencionais³⁶, levando à exposição fetal inadvertida a medicamentos, particularmente durante o período crítico de organogênese no primeiro trimestre.

A identificação antecipada das estratégias de manejo mais seguras é crucial; os riscos potenciais da atividade descontrolada da doença devem ser pesados contra possíveis efeitos colaterais da(s) medicação(ões).

O tipo de parto deve ser decidido por necessidade e indicação obstétrica, mas também em conjunto com o gastroenterologista e/ou o cirurgião colorretal⁴⁰. Em comparação com a população em geral, as pacientes com doença de Crohn são mais frequentemente submetidas à cesariana – com taxas de cesariana crescentes após o primeiro parto².

As exceções para a indicação obstétrica do parto são a doença perianal ativa e a presença de uma bolsa ileoanal. Se uma paciente tem doença perianal inativa ou não tem história de doença perianal, não há aumento do risco para doença perianal após parto vaginal. No entanto, se a paciente tem a doença perianal ativa, pode-se agravar a lesão com um parto vaginal. Um estudo observou aumento da incidência da doença perianal após a episiotomia, mas isso não foi repetido em outros estudos²⁸. Uma pesquisa recente indicou que pacientes com doença inflamatória intestinal têm mais problemas com a persistência de incontinência fecal após o parto vaginal em comparação com os controles⁴⁰.

É importante destacar os efeitos também nos homens, pois isso interfere também na concepção. A terapia com sulfassalazina, por exemplo, provoca uma diminuição reversível na motilidade e contagem de espermatozoides. O efeito está relacionado à dose e não é afetado pelo ácido fólico suplementar. A azatioprina (AZA), uma tiopurina, não influenciou a qualidade do esperma em 18 pacientes com DII em tratamento por pelo menos 3 meses. Além disso, nenhum efeito foi observado nos desfechos de gestações de pacientes em uso de tiopurinas.

O metotrexato (MTX) produz oligospermia, que melhorara dentro de alguns meses após a suspensão do medicamento. No entanto, o MTX é contraindicado para homens que desejam ter filhos⁴¹.

O infliximab (IFX) parece afetar a qualidade do sêmen, reduzindo a motilidade em um pequeno grupo de pacientes; entretanto, os dados são contraditórios à medida que a concentração espermática aumenta após a infusão. Além disso, homens com espondiloartropatias tendem a ter melhores qualidades espermáticas quando recebem terapia anti-TNF⁴¹. O resultado de 10 gestações indiretamente expostas ao IFX, através do parceiro masculino, resultou em nove nascimentos, um aborto espontâneo e nenhuma malformação congênita foi relatada⁴¹.

Amamentação durante o uso de medicamentos para DII

ADII é normalmente tratada tendo como referência a “pirâmide de tratamento”. Na base da pirâmide estão os aminossalicilatos (5-ASA) e antibióticos. Porém, alguns pacientes portadores de DII necessitam de medicações mais agressivas,

dessa forma nos níveis seguintes da pirâmide encontramos medicamentos como imunossuppressores (azatioprina/6-mercaptopurina e metotrexato), corticosteróides (prednisona e budesonida) e biológicos (anti-TNF, por exemplo infliximabe e adalimumabe)²⁰.

Não foram comprovados aumento de risco durante e após a gravidez, com o uso de medicamentos aminossalicílicos (5-ASA), e tanto a sulfassalazina quanto mesalazina podem ser mantidos durante a gravidez e a amamentação. Como a sulfassalazina interfere com a absorção de folato, é recomendada a suplementação²⁰.

O metotrexato é um imunomodulador, após sua ingestão pode ser encontrado no leite materno e devido a sua toxicidade é contraindicado durante a amamentação²⁰.

Em relação aos corticosteróides, seu pico no leite materno aparece nas primeiras 4 horas após o uso do medicamento, assim é recomendado que mulheres que estão amamentando retirem o leite e descartem-no durante esse período²⁰.

O metronidazol é excretado no leite materno e exposição prolongada está relacionada com potencial toxicidade, portanto, não é recomendado seu uso durante a amamentação. Se não for possível retirar a medicação, após o uso, deve-se esperar de 12 a 24 horas para amamentar. O ciprofloxacino também é detectável no leite em pequenas quantidades, porém tratamento durante um curto período pode ser realizado, caso necessário²⁰.

O consenso sobre tiopurinas é seja sustentado o uso durante a gravidez e amamentação a fim de manter a remissão da doença, uma vez que a sua agudização está associada a maiores riscos para gravidez.

A quantidade dos biológicos anti-TNF no leite materno é mínima e não foram encontradas alterações em neonatos que foram amamentados por mulheres que estavam fazendo o uso dessas medicações. Os níveis detectáveis dessas drogas nos neonatos devem-se à passagem placentária²⁰.

Conduta do médico diante de uma paciente com DII em tratamento

O melhor momento para engravidar é quando a doença está estável ou não apresentou surtos por vários meses antes da concepção. Dessa forma um planejamento entre o médico e a paciente deve ser feito para que haja o controle correto da doença antes da concepção.

Durante a gestação a paciente deverá continuar o seguimento com seu gastroenterologista²⁵. Em caso de doença estável inativa de longa data, tenta-se interromper qualquer tratamento na gestante. Se não for possível, o ideal é analisar cuidadosamente os benefícios e os riscos para cada caso²².

Risco de abortamento e malformações em pacientes com DII

Sulfassalazina não causa anormalidades fetais e é segura para uso durante

a gestação, porém é essencial que pacientes grávidas que estejam fazendo o uso de sulfassalazina também tomem ácido fólico, pois a sulfassalazina inibe a síntese de folato¹⁹.

O uso de mesalazina é também seguro para uso durante a gestação, apesar da presença no sangue placentário. Não foram observadas anormalidades nos fetos de mulheres que tomaram até 3g de mesalazina diariamente durante a gravidez¹⁹.

Resultados de estudos em humanos no quesito de segurança no uso de tiopurinas durante a gravidez foram conflitantes. Novos estudos e estudos com pacientes transplantados mostram que o uso de tiopurinas não oferecem um risco aumentado aos fetos e que tiopurinas são seguras para uso em pacientes grávidas¹⁹.

Infliximabe não mostrou risco aumento de malformações fetais, abortos ou complicações neonatais em pacientes com DIIs¹⁹.

Não houve aumento das taxas de abortos espontâneos, malformações congênitas ou partos prematuros em pacientes que foram expostas ao adalimumabe¹⁹.

Foi mostrado que medicações anti-TNF não aumentam o risco de complicações na gestação quando comparadas ao uso de tiopurinas ou a não usar nenhuma medicação para DII. Pelo contrário, o uso de tiopurinas ou medicações anti-TNF foram associadas com menos complicações neonatais, o que confirma a importância de manter a remissão da doença em mulheres grávidas¹⁹.

5 | CONCLUSÃO

A doença inflamatória intestinal muitas vezes torna-se clinicamente evidente antes ou durante a idade fértil e cerca de um terço das pacientes têm agudizações da doença durante a gravidez, especialmente no primeiro trimestre ou período pós-parto. Por essa razão, as mulheres com DII em idade reprodutiva frequentemente relatam preocupação com os potenciais efeitos do tratamento medicamentoso sobre os resultados obstétricos.

A manutenção da doença em remissão é o principal fator determinante de um bom prognóstico para a gestação. Assim, a manutenção da terapia medicamentosa é fundamental durante o período gestacional, uma vez que a reativação da doença pode ser muito mais deletéria para o feto do que qualquer risco potencial da medicação utilizada. Diante disso, os riscos e benefícios do tratamento devem ser cuidadosamente considerados pois, muito embora haja um benefício fetal na manutenção dos medicamentos - pela redução da atividade da doença-, a droga de escolha também pode levar a resultados adversos ao nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Baiocco PJ, Korelitz BI. **The influence of inflammatory bowel disease and its treatment on pregnancy and fetal outcome.** Journal of Clinical Gastroenterology. 1984;6(3):211–216.
2. Beaulieu DB, Kane S. **Inflammatory bowel disease in pregnancy.** Gastroenterol Clin North Am. 2011;40(2):399-413.
3. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Wajda A. **Epidemiology of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in a Central Canadian Province: A Population-based Study.** American Journal of Epidemiology. 1999;149(10):916–924.
4. Bröms, G., Granath, F, Linder M, Stephansson O, Elmberg M, Kieler H. **Birth Outcomes in Women with Inflammatory Bowel Disease: Effects of Disease Activity and Drug Exposure.** Inflammatory Bowel Diseases. 2014; 20(6):1091–1098.
5. Burgmann T, Clara I, Graff L, Walker J, Lix L, Rawsthorne P, McPhail C, Rogala L, Miller N, Bernstein CN. **The Manitoba Inflammatory Bowel Disease Cohort Study: prolonged symptoms before diagnosis--how much is irritable bowel syndrome?** Clin Gastroenterol Hepatol. 2006;4(5):614.
6. Bye WA, Jairath V, Travis SPL. **Systematic review: the safety of vedolizumab for the treatment of inflammatory bowel disease.** Aliment Pharmacol Ther. 2017 Jul;46(1):3-15.
7. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A, et al. **European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations.** Gut. 2006;55(1):36-58.
8. Clarke K., Chintanaboina J. **Allergic and Immunologic Perspectives of Inflammatory Bowel Disease.** Clin Rev Allerg Immunol 2018.
9. Cornish J, Tan E, Teare J, Teoh TG, Rai R, Clark SK, Tekkis PP. **A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy.** Gut. 2007;56:740.
10. Desal HG, Gupte PA. **Increasing incidence of Crohn's disease in India: is related to improved sanitation?** Indian J Gastroenterol. 2005;24:23-24.
11. **Doença de Crohn - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.** Portaria SAS/MS nº 966, de 2 de outubro de 2014.
12. Farmer RG, Hawk WA, Turnbull RB Jr. **Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical study of 615 cases.** Gastroenterology. 1975;68(4 Pt 1):627.
13. Fiocchi C. **Inflammatory bowel disease: etiology and pathogenesis.** Gastroenterology. 1998; 115:182-205.
14. Gisbert JP. **Safety of immunomodulators and biologics for the treatment of inflammatory bowel disease during pregnancy and breastfeeding.** Inflamm Bowel Dis. 2010;16(5):881-95.

15. Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil – GEDIIB. **Consenso brasileiro sobre a doença inflamatória intestinal.** Arq Gastroenterol. 2010;47(3):313-25.
16. Habr-Gama A, Cerski CT, Moreira JP, Caserta NM, Oliveira Junior O, Araújo SE. **Doença de Crohn intestinal: manejo.** Revista Da Associação Médica Brasileira. 2011;57(1):10–13.
17. Hanauer SB, Sandborn W; **Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Management of Crohn’s disease in adults.** Am J Gastroenterol. 2001;96:635-43.
18. Hanauer SB. **Inflammatory bowel disease.** N Engl J Med. 1996;334:841-8.
19. Hashash JG, Kane S. **Pregnancy and Inflammatory Bowel Disease.** *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2015;11(2):96–102.
20. Huang VW, Chang HJ, Kroeker KI, Goodman KJ, Hegadoren KM, Dieleman LA, Fedorak RN. **Management of Inflammatory Bowel Disease during Pregnancy and Breastfeeding Varies Widely: A Need for Further Education.** Can J Gastroenterol Hepatol. 2016; 1- 13.
21. Kirschner, BS. **Safety of azathioprine and 6-mercaptopurine in pediatric patients with inflammatory bowel disease.** Gastroenterology 1998;115:813-821
22. Lacy C, Armstrong L, Goldman M, Lance L. **Drug Information Handbook.** 18th ed. Hudson (Cleveland): Lexi-Comp; 2009.
23. Lahat, A., Shitrit, A. B. G., Naftali, T., Milgrom, Y., Elyakim, R., Goldin, E., Picard, O. **Vedolizumab levels in breast milk of nursing mothers with inflammatory bowel disease.** Journal of Crohn’s and Colitis. 2017;12(1):120-123.
24. Langholz E., Munkholm P., Krasilnikoff P., Binder V. **Inflammatory bowel diseases with onset in childhood. Clinical features, morbidity, and mortality in a regional cohort.** Scand J Gastroenterol. 1997 Feb;32(2):139-47.
25. Longo S., Moore RC, Canzoneri BJ, Robichaux, A. **Gastrointestinal conditions during pregnancy.** Clin Colon Rectal Surg. 2010;23(2):80-9.
26. Mahadevan UM. **Pregnancy and inflammatory bowel disease.** Gastroenterol Clin North Am. 2009;38(4):629-49. Republished in: Med Clin North Am. 2010;94(1):53-73.
27. Mekhjian HS, Switz DM, Melnyk CS, Rankin GB, Brooks RK. **Clinical features and natural history of Crohn’s disease.** Gastroenterology. 1979;77(4 Pt 2):898.
28. Moffatt DC, Bernstein CN. **Drug therapy for inflammatory bowel disease in pregnancy and the puerperium.** Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2007;21(5):834-47.
29. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, Benchimol EI, Panaccione R, Ghosh S, Barkema HW, Kaplan GG. **Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review.** Gastroenterology. 2012;142(1):46-54.

30. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. **Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies.** *The Lancet.* 2017;390(10114):2769–2778.
31. Peppercorn MA, Cheifetz AS. **Definitions, epidemiology, and risk factors for inflammatory bowel disease in adults.** In: Robson KM, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2019 <https://www.uptodate.com/contents/definitions-epidemiology-and-risk-factors-for-inflammatory-bowel-disease-in-adults> acessado em 29 setembro 2019.
32. Peppercorn MA, Kane SV. **Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of ulcerative colitis in adults.** In: Robson KM, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate 2019 <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-ulcerative-colitis-in-adults> acessado em 29 de setembro de 2019
33. Pimentel M, Chang M, Chow EJ, Tabibzadeh S, Kirit-Kiriak V, Targan SR, Lin HC. **Identification of a prodromal period in Crohn's disease but not ulcerative colitis.** *Am J Gastroenterol.* 2000;95(12):3458.
34. Roldi NC, Pogian LG, Ribeiro TM. **Tratamento da doença de Crohn durante a gravidez.** *Rev Soc Bras Clin Med.* 2017;15(1):68-72.
35. Rownan CR, Cullen G, Mulcahy HE, Keegan D, Byrne K, Murphy DJ, Sheridan J, Doherty GA. **Ustekinumab drug levels in maternal and cord blood in a woman with Crohn's Disease treated until 33 weeks of gestation.** *Journal of Crohn's and Colitis.* 2018;12(3):376-378.
36. Sedgh G, Singh S, Hussain R. **Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends.** *Stud Fam Plann.* 2014;45(3):301–314.
37. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, Caprilli R, Colombel JF, Gasche C, Geboes K, Jewell DP, Karban A, Loftus EV Jr, Peña AS, Riddell RH, Sachar DB, Schreiber S, Steinhart AH, Targan SR, Vermeire S, Warren BF. **Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of ulcerative colitis in adults.** *Can J Gastroenterol.* 2005;19 Suppl A:5A.
38. Stephansson O., Larsson H, Pedersen L, Kieler H, Granath F, Ludvigsson JF, Falconer H, Ekblom A, Sørensen HT, Nørgaard M. **Crohn's Disease Is a Risk Factor for Preterm Birth.** *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010;8(6):509-517
39. Teixeira, MG. **Tratamento cirúrgico da doença de Crohn [Tese de livre-docência].** São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.
40. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, van der Woude CJ, Sturm A, De Vos M, Guslandi M, Oldenburg B, Dotan I, Marteau P, Ardizzone A, Baumgart DC, D'Haens G, Gionchetti P, Portela F, Vucelic B, Söderholm J, Escher J, Koletzko S, Kolho KL, Lukas M, Mottet C, Tilg H, Vermeire S, Carbonnel F, Cole A, Novacek G, Reinshagen M, Tsianos E, Herrlinger K, Oldenburg B, Bouhnik Y, Kiesslich R, Stange E, Travis S, Lindsay J; European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). **The second European evidence based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations.** *J Crohns Colitis.* 2010;4(1):63-101.

41. Van der Woude CJ, Ardizzone S, Bengtson MB, Fiorino G, Fraser G, Katsanos K, Kolacek S, Juillerat P, Mulders AG, Pedersen N, Selinger C, Sebastian S, Sturm A, Zelinkova Z, Magro F. **The second European Evidenced-Based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease.** Journal of Crohn's and Colitis. 2015;9(2):107-124.
42. Vermeire S, Carbonnel F, Coulie PG, Geenen V, Hazes JM, Masson PL, et al. **Management of inflammatory bowel disease in pregnancy.** J Crohns Colitis. 2012; 6(8):811-23.
43. Zeng JJ, Zhu XS, Huangfu Z, et al. **Crohn's disease in mainland China: a systematic analysis of 50 years of research.** Chin J Dig Dis. 2005;6:175-181.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abdome agudo 12, 54, 65
Anatomia comparada 15, 16, 73
Antibióticos 26, 29, 33, 49, 55
Apendagite epiploica 12
Apendicectomia 49, 50, 51, 54, 55
Aponeurose 41, 45, 49, 51, 52
Azatioprina 31, 32, 33, 34, 89, 90, 91, 92

C

Cirurgia 2, 19, 23, 26, 41, 42, 49, 51, 52, 53, 54, 63, 64, 65, 95, 100, 111, 112, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 132
Cirurgia hepática 95, 121
CPRE 59, 60, 61, 83, 84, 103, 104, 106
Cutânea 89, 90, 91

D

Deiscência de anastomose 68, 69, 70
Dissecação 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79
Divertículo duodenal 61, 82, 83, 84, 86
Doença de Caroli 94, 95, 96, 97
Doença de Crohn 27, 28, 36, 37, 98, 99, 100, 101
Doença inflamatória intestinal 26, 27, 29, 33, 35, 37
Doenças das vias biliares 95
Dor abdominal 12, 28, 63, 68, 69, 70, 84, 95, 96
Drenagem biliar 60, 103, 104, 106

E

Educação de graduação em medicina 73
Educação em graduação médica 16

F

Ferida operatória 42, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56
Fios 20, 40, 41, 42, 43, 45, 48

G

Gastroenterologia 99

Gastroplastia em Y-de-Roux 69

Gravidez 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 38

H

Hemorragia digestiva alta 82, 83, 84

Hospital 1, 2, 4, 5, 6, 9, 49, 50, 51, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 63, 69, 86, 94, 98, 103, 105, 108, 111, 112, 123, 130, 131, 132, 134

I

Infecção de sítio cirúrgico 2, 50

Inflamação 12, 27, 28, 30, 41

M

Materiais de ensino 73

Matriz de risco 1, 5, 6

Modelos anatômicos 15, 16, 75, 76, 78

N

Neoplasia pâncreas 104

O

Olho 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 81

P

Perfuração intestinal 83

Pneumoperitoneo 82, 83, 85, 86

R

Retocolite ulcerativa 27, 89, 90, 91, 92

S

Saúde 1, 2, 4, 10, 17, 18, 23, 49, 50, 56, 57, 72, 74, 129, 133, 134

Segurança do paciente 1, 74

Sistema musculoesquelético 16

T

Taxa de sucesso 59, 60, 61, 62

Tendão calcâneo 15, 16, 20

Terapia imunomoduladora 26
Transplante de fígado 95, 130
Tuberculose 89, 90, 91, 92, 93, 98, 99, 100
Tuberculose intestinal 98, 99

U

Ultrassom endoscópico 103, 104

Medicina:

**Elevados Padrões de
Desempenho Técnico e Ético**

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020

Medicina:

**Elevados Padrões de
Desempenho Técnico e Ético**

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2020