



Faculdade de Medicina Nova Esperança

**ANAIS DA
IV MOSTRA DE TUTORIA DA FAMENE
2010.1**

ISSN 21756171

MARIA DO SOCORRO GADELHA NÓBREGA

Coordenadora do Evento

JOAO PESSOA/PB

2010

COMISSÃO CIENTÍFICA DO EVENTO

Arnaldo Correia de Medeiros
Caliandra Maria Bezerra Luna Lira
Clélia de Alencar Xavier Mota
Danielle Serafim Pinto
Edilene Bega Ferreira
Giciane Carvalho Vieira
Ideltônio José Feitosa Barbosa
Iara Medeiros de Araujo
Juliana Machado Amorim
Karla Veruska Marques Cavalcante da Costa
Luziana Ramalho Ribeiro
Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim
Maria Auxiliadora Lins da Cunha
Maria de Fátima Oliveira dos Santos
Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
Maria do Socorro Vieira Pereira
Nadábia Almeida Borges de Souza
Patrícia Otávia Machado Amorim
Vanessa Messias Muniz

**PÔSTER
DIALOGADO**

FISIOPATOLOGIA DA ASMA

MOTA CAX¹, ANTONIO FILHO EVA¹, VALANDRO AP¹, AMARAL CM¹, BARBOSA GF¹

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por uma obstrução brônquica generalizada mas variável, que é, pelo menos parcialmente, reversível espontaneamente ou através de intervenção farmacológica. É, pois, o grau de inflamação e de broncoespasmo, assim como a intensidade dos fenômenos de remodelação que ocorrem nas vias aéreas, que irá determinar a classificação da doença quanto à sua gravidade. As características obstrutivas da asma decorrem, principalmente, de duas alterações físicas nas vias aéreas, que aumentam a resistência ao fluxo gasoso: irregularidade em suas paredes e seu estreitamento luminal por espasmo da musculatura lisa. Irregularidades discretas nas vias aéreas mais calibrosas - como nos brônquios - aumentam resistência ao fluxo por produzirem turbulência. O sinal físico desta situação é o chiado audível. Nas vias de menor calibre, a turbulência, se é que ocorre, é menos importante e a viscosidade do ar se torna predominante, devido ao grau extremo de estreitamento bronquiolar. Esse estreitamento é causado por, pelo menos, três fatores. O primeiro é a reação inflamatória, com seu acompanhamento de ingurgitamento vascular, edema, infiltração leucocitária e eventual proliferação fibroblástica. O segundo é a secreção excessiva e tenaz, produzida pelas glândulas mucosas hiperativas. Esse material viscoso adere estreito, bloqueia e produz irregularidades e espessura aumentada das paredes dos brônquios e bronquíolos. Finalmente, o terceiro é a constrição do músculo liso da parede brônquica. Essas alterações são responsáveis pelas características da crise asmática, que são: dificuldade respiratória acompanhada de respiração sibilante, que é particularmente distinta pelo alongamento da fase respiratória. O paciente se esforça para encher os pulmões de ar e depois não consegue expulsá-lo, ocorrendo, conseqüentemente, uma hiperinsuflação progressiva dos pulmões. O ar fica aprisionado por trás dos tampões mucosos. Nos casos clássicos, o ataque agudo dura de uma a várias horas e é seguido por tosse duradoura, com expulsão de secreção mucosa abundante e considerável alívio da dificuldade respiratória. Em alguns pacientes, estes sintomas persistem em baixo nível por todo o tempo. Na sua forma mais grave, o estado asmático, o paroxismo agudo persiste durante dias e até mesmo semanas, e nesta circunstância a função ventilatória pode ser tão prejudicada a ponto de causar uma grave cianose ou até mesmo a morte.

Descritores: Inflamação Crônica. Vias Aéreas. Dispneia.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

COMPLICAÇÕES TARDIAS DO DIABETES MELLITUS

BANDEIRA BDO¹, MONTEIRO, SANTOS FA¹, MAGALHÃES JV¹, VERGETTI BR¹,
NÓBREGA MSG²

Diabetes mellitus (DM) é um distúrbio metabólico, determinado geneticamente, associado com deficiência absoluta ou relativa de insulina e que, na sua expressão clínica, é caracterizada por alterações metabólicas e complicações vasculares e neuropáticas. O componente metabólico é caracterizado não só pela hiperglicemia, como também por alterações no metabolismo de proteínas e lipídeos. Mas a hiperglicemia sustentada é o principal determinante nas complicações crônicas do DM, que acarreta anormalidades bioquímicas e estruturais de vários órgãos. O componente vascular é constituído por macroangiopatia inespecífica (aterosclerose e suas diferentes manifestações clínicas) e pela microangiopatia diabética. Essas alterações afetam tanto os portadores de diabetes tipo I quanto do tipo II. A microangiopatia é uma das características morfológicas mais consistentes do diabetes, causado pelo espessamento generalizado das membranas basais, principalmente, dos capilares diabéticos, pois estes ficam mais permeáveis à passagem de proteínas plasmáticas. Ela é a base do desenvolvimento da nefropatia, da retinopatia e de algumas formas de neuropatias diabéticas. A retinopatia diabética é caracterizada por alterações vasculares devido à microangiopatia e oclusão capilar, secundárias a hiperglicemia. É uma lesão que aparece na retina, podendo causar pequenos sangramentos e, como consequência, perda da acuidade visual. A nefropatia diabética (ND) é a causa mais comum da insuficiência renal crônica. É caracterizada por deposição excessiva de proteínas da matriz extracelular nos glomérulos. Clinicamente, a ND caracteriza-se por proteinúria, hipertensão arterial e uremia progressiva. A neuropatia diabética é definida como a presença de sintomas e sinais de disfunção dos nervos periféricos em pessoas com diabetes mellitus. Pode causar síndromes dolorosas graves decorrentes de flutuações glicêmicas, ulcerações, amputações, compressão gradual de nervos e alterações funcionais. O pé diabético representa uma das complicações mais devastadoras, uma vez que pode levar a ulcerações, que potencialmente evoluem para amputações, as quais podem causar elevada mortalidade e alterações na qualidade de vida do indivíduo pelo tratamento prolongado. A neuropatia diabética é um dos fatores mais predisponentes para o pé diabético, como também antecedente de úlcera nos pés, tabagismo, dislipidemia, entre outros. Portanto, as complicações tardias do diabetes mellitus resultam devido à existência de poucos programas de educação e de capacidade profissional em diabetes e de recursos escassos para prevenção e controle dessa moléstia. Essas complicações elevam a mortalidade e reduzem a expectativa de vida da população diabética. Entretanto, todas essas consequências podem ser evitadas através de um controle eficaz.

Descritores: Diabetes Mellitus. Microangiopatia. Retinopatia.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

HIPERTIREOIDISMO? TENHA CALMA!

QUEIROZ GR¹, VIEIRA IIF¹, SILVA JÚNIOR MA¹, CARVALHO RSG¹, NÓBREGA MSG²

O hipertireoidismo é uma síndrome clínica, fisiológica e bioquímica, que surge quando os tecidos ficam expostos a quantidades excessivas de T3 e T4. O mecanismo fisiopatológico desta síndrome é imunológico, do tipo humoral. O processo imunológico é desencadeado pela produção, pelos linfócitos B, de imunoglobulinas estimuladoras da tireoide, as quais determinam hiperplasia e hiperfunção, com consequente produção de hormônios tireoidianos, fora do controle do hormônio tireotrófico. As principais causas de hipertireoidismo são: Bócio difuso tóxico; Bócio multinodular; Bócio nodular tóxico; Hipertireoidismo transitório das tireoides; Hipertireoidismo iatrogênico; Hipertireoidismo induzido por iodo e Hipertireoidismo factício. Os achados laboratoriais consistem basicamente em altos níveis de T3 e T4 livres e baixos níveis de TSH. Quanto ao diagnóstico, este é feito usando achados clínicos e laboratoriais. A determinação da concentração sérica de TSH usando ensaios sensíveis de TSH, que é o exame mais útil já que seus níveis estão diminuídos até mesmo nos estágios iniciais da doença. Um nível baixo de TSH é confirmado com o aumento de T4. Em alguns casos, o nível de T3 está elevado, nestes casos os níveis de T4 podem estar baixos e a determinação de T3 pode ser útil. Após confirmação do hipertireoidismo pela combinação de ensaios sensíveis de TSH e das concentrações livres dos hormônios livres no plasma, a cintilografia tireoidiana com iodo radioativo pode ser útil na determinação da etiologia. As manifestações clínicas do hipertireoidismo são decorrentes do efeito estimulatório dos hormônios tireoidianos sobre o metabolismo e tecidos. Entre as características se incluem nervosismo, insônia, emagrecimento, taquicardia, palpitações, intolerância ao calor, sudorese excessiva com pele quente e úmida, tremores, fraqueza muscular e hiperdefecação, taquicardia, palpitações e cardiomegalia, hiperatividade do sistema nervoso simpático produz tremores. As alterações oculares geralmente chamam a atenção no hipertireoidismo. Olhos salientes, com olhar fixo e aumento da fenda palpebral estão presentes devido à hiperestimulação simpática do músculo elevador da pálpebra superior. Para se ter um bom prognóstico da patologia, existem três opções básicas de tratamento, são elas, o uso de drogas anti-tireoidianas (carbomazol, metimazol e propiltouracil); iodo radioativo e a cirurgia.

Descritores: Hipertireoidismo. Hormônios Tireoidianos. Iodo Radioativo.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

HIPERTENSÃO ESSENCIAL

SILVA BSTA¹, SILVA TA¹, SANTIAGO MOM¹, SANTOS FE¹, SOUZA GR, HENRIQUE L¹; NÓBREGA MSG²

Uma pessoa apresenta hipertensão essencial quando a pressão sanguínea fica constantemente acima do valor normal 120/80mmHg, sem causa determinada. À medida que a pressão arterial aumenta, o coração tem que trabalhar mais intensamente. Isso acarretará em dano ao coração, podendo levar a doenças cardíacas e derrames. A hipertensão essencial não tem causa determinada, mas pode ter origem em fatores genéticos, estresse, excesso de peso e muito sal na alimentação. Se a pressão arterial estiver moderadamente alta, poderá ser possível reduzi-la ao normal, através de perda de peso, mudanças na alimentação e exercícios físicos. Caso contrário, será necessário prescrever medicamentos para reduzi-la.

Descritores: Hipertensão. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

MENESES TG¹, COSTA MLC¹, ALENCAR JD¹, AMORIM POM²

A interrupção do fluxo de sangue para o coração pode acontecer de várias maneiras. A gordura vai se acumulando nas paredes das coronárias (artérias que irrigam o próprio coração). Com o tempo, formam-se placas, impedindo que o sangue flua livremente. Então, basta um espasmo provocado pelo estresse para que a passagem da circulação se feche. Também pode ocorrer da placa crescer tanto que obstrui o caminho sanguíneo completamente, ou seja, pode acontecer por entupimento. Quando as placas de gordura entopem completamente a artéria, o sangue não passa. Dessa forma, as células no trecho que deixou de ser banhado pela circulação acabam morrendo. Caso desenvolvido esse acúmulo de gordura nas artérias coronárias, o médico pode recomendar uma angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio que consiste em uma cirurgia onde um vaso sanguíneo, que pode ser a veia safena (da perna), a artéria radial (do braço) e/ou as artérias mamárias (direita ou esquerda) são implantadas no coração, formando uma ponte para normalizar o fluxo sanguíneo. O número de pontes pode variar de 1 a 5, dependendo da necessidade do paciente. Se for usada a veia safena, o enxerto é então costurado desde a aorta (a grande artéria que parte do coração) até a artéria coronária abaixo do local de bloqueio. O sangue rico em oxigênio flui da aorta, ao longo do enxerto da veia safena, e passa pelo local de bloqueio até a artéria coronária para nutrir o músculo cardíaco. Há limitação do suprimento de sangue rico em oxigênio para o músculo do coração, o que pode causar dor no peito (angina) ou aumentar seu risco de sofrer um ataque cardíaco. Se for usada uma artéria mamária, ela é mantida intacta em sua origem porque transporta sangue rico em oxigênio, passando originalmente pela aorta, e é costurada à artéria coronária além do local de bloqueio. A angioplastia coronária é um procedimento para a dilatação de uma obstrução ou estreitamento das artérias do coração, causadas por placas de gordura, que bloqueiam a passagem de sangue para uma região do coração. Antes da angioplastia, é feito o cateterismo cardíaco, que tem o objetivo de estudar a anatomia das artérias coronárias e conhecer o grau e a localização da lesão. Para realizar a angioplastia, o cardiologista utiliza um pequeno tubo flexível ou cateter que vai até o coração e as artérias coronárias, similar ao cateterismo cardíaco. Este cateter é introduzido por um vaso sanguíneo da virilha ou do braço do paciente. Através do cateter, um segundo cateter, ainda mais fino, com um pequeno balão na extremidade, é posicionado no local da obstrução. O balão é insuflado, dilatando o local em que há o estreitamento, permitindo que o fluxo de sangue volte ao normal. Frequentemente, para reduzir a chance de a obstrução retornar, um pequeno tubo metálico, chamado de *stent* é implantado no local onde havia o estreitamento. É similar a uma pequena mola, com as paredes que lembram uma rede, que são expandidos para obter o formato exato da artéria e liberar o fluxo sanguíneo.

Descritores: Revascularização. Miocárdio. Angioplastia.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ALZHEIMER: UMA PATOLOGIA QUE NÃO SE DEVE ESQUECER

MACIAS CD¹, SIQUEIRA IC¹, BARBOSA LAL¹, ALBUQUERQUE LINS BARBOSA¹;
OLIVEIRA MGA¹, VIEIRA SV¹, NÓBREGA MSG²

A Doença de Alzheimer é uma patologia degenerativa do córtex cerebral e que, geralmente, se manifesta clinicamente sob a forma de comprometimento das funções intelectuais mais elevadas e através de distúrbios do afeto, sendo caracterizada por alterações das neurofibrilas, desestruturação do citoesqueleto dos neurônios do córtex cerebral. Esta patologia pode evoluir para demência profunda, muda e imóvel num período de cinco a dez anos. Os emaranhados neurofibrilares são lesões intraneuronais, resultantes do acúmulo de proteína tau, que é constituinte normal dos microtúbulos (parte do citoesqueleto neuronal) e que sofre processo de hiperfosforilação (tau hiperfosforilada). As placas senis são lesões extracelulares formadas por acúmulo central de proteína amiloide envolvida por terminações nervosas (axônios e dendritos) degeneradas e restos de células gliais. A doença afeta aproximadamente 10% dos indivíduos com idade superior a 65 anos, e 40% acima de 80 anos. O estudo tem como objetivo compreender a sua fisiopatologia, sinais e sintomas. O diagnóstico consiste na avaliação cognitiva breve, análises laboratoriais, tomografia computadorizada do crânio, eletrocardiograma, eletroencefalograma e avaliação neuropsicológica completa. A terapia atual está longe de ser satisfatória. O tratamento é realizado através da administração de inibidores da enzima acetilcolinesterase (AChE) que vem demonstrado eficácia sintomática e redução na progressão da patologia. Os antipsicóticos também podem ser recomendados para controlar os comportamentos agressivos ou deprimidos além de proporcionar a sua segurança e a dos que rodeiam. A deficiência de acetilcolina é considerada o fenômeno da doença de Alzheimer, porém, não é o único evento bioquímico/fisiopatológico que ocorre. Com o presente estudo, concluímos que a doença de Alzheimer é uma patologia degenerativa do córtex cerebral e que não possui cura. Possui um tratamento que envolve uma equipe multidisciplinar, e que está acometendo cada vez mais a população. Por isso, a importância do compreender a fisiopatologia para que os profissionais da saúde possam adotar as condutas corretas.

Descritores: Alzheimer. Sintomas. Diagnóstico.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

GENERALIDADES DA ASMA BRONQUICA

DAVID SE¹, CASTRO CLI¹, TAVARES SN¹, NÓBREGA MSG²

A asma é uma doença que determina crises de falta de ar, ocorrendo dificuldade na entrada de ar nos pulmões, e principalmente na sua saída. Esta dificuldade é consequência de um processo inflamatório crônico, obstrução das vias aéreas e hiper-responsividade brônquica a uma variedade de estímulo, tendo como consequência a liberação de certas substâncias que determinam a contração dos músculos que envolvem os brônquios, estreitando a sua luz e causando dificuldade na respiração. O indivíduo apresenta tosse durante a noite, aperto no peito e falta de ar. Não é uma doença hereditária, entretanto, existe uma pré-disposição genética e familiar. O risco de desenvolver asma na infância está relacionado à presença da doença nos pais. Deve ser ressaltado que o relatado não é uma regra, pois o filho de um pai alérgico não será, necessariamente, uma criança asmática. O contrário também pode acontecer, a criança pode ser o primeiro asmático da família. A asma pode ser desencadeada em consequência da inalação de poeira doméstica (ácaros), polens, pêlos, substâncias excretadas por animais, irritantes, aerossóis químicos, mudanças de temperatura e pressão do ambiente, distúrbios emocionais, hiperventilação, exercício, infecções virais, refluxo gastroesofágico, uso de betabloqueadores, uso de aspirina e outros anti-inflamatórios, aditivos de alimentos e fatores endócrinos. Na crise aguda, empregam-se medicamentos que abrem rapidamente os brônquios, que são os broncodilatadores. Podem ser veiculados através de bobinas pressurizadas ou por nebulizações. Este medicamento só deve ser utilizado como droga de resgate, ou seja, quando há crises agudas de falta de ar. A asma, por ser considerada uma doença inflamatória, deve ser tratada com anti-inflamatórios. A doença é classificada em quatro estágios, de acordo com a gravidade: Leve Intermitente, Leve Persistente, Moderadamente Persistente e Severamente Persistente. Usam-se os anti-inflamatórios a partir da asma leve e persistente, de forma contínua, mesmo quando o paciente encontra-se fora de crise, pois, mesmo assim, sabe-se que existe inflamação. Existem três grupos de medicamentos anti-inflamatórios utilizados na asma: Corticoide, Cromonas, Modificadores Leucotrienos. Além dos broncodilatadores de curta duração de ação, utilizados na crise aguda e asma, dispõe de um grupo composto por duas substâncias de longa duração de ação. Essa doença pode aparecer inicialmente em qualquer idade, concomitantemente ou não. Palavras-chaves: Broncodilatadores, betabloqueadores, hiperventilação.

Descritores: Mieloma Múltiplo. Proteína de Bence Jones. Fraturas.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

SILVA FS¹, ALCINDO GFF¹, ALCINDO MEF¹, NÓBREGA MSG²

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma doença crônica dos pulmões que diminui a capacidade para a respiração. A maioria das pessoas com esta doença apresentam tanto as características da bronquite crônica quanto as do enfisema pulmonar. Nestes casos, chamamos a doença de DPOC. Quando usamos o termo DPOC de forma genérica, estamos nos referindo a todas as doenças pulmonares obstrutivas crônicas mais comuns: bronquite crônica, enfisema pulmonar, asma brônquica e bronquiectasias. No entanto, na maioria das vezes, ao falarmos em DPOC propriamente dito, referimo-nos à bronquite crônica e ao enfisema pulmonar. O DPOC se desenvolve após vários anos de tabagismo ou exposição à poeira (em torno de 30 anos), levando a danos em todas as vias respiratórias. Estes danos podem ser permanentes. O fumo contém irritantes que inflamam as vias respiratórias e causam alterações que podem levar à doença obstrutiva crônica. Os sintomas típicos de DPOC são: tosse, produção de catarro e encurtamento da respiração. Algumas pessoas desenvolvem uma limitação gradual aos exercícios. O médico faz o diagnóstico baseado nas alterações identificadas no exame físico, aliado às alterações referidas pelo paciente e sua longa exposição ao fumo. O médico poderá, ainda, solicitar exames de imagem ou de função pulmonar, além de exames de sangue. Todos estes exames complementares irão corroborar o diagnóstico de DPOC. Os exames de imagem, como a radiografia ou a tomografia computadorizada do tórax mostrarão alterações características da doença. A espirometria é um exame que demonstra a função pulmonar. Nas pessoas com muita dificuldade para abandonar o fumo, podem ser utilizadas medicações que diminuem os sintomas causados pela abstinência deste. Os broncodilatadores são medicamentos muito importantes no tratamento. Podem ser utilizados de várias formas: através de nebulizadores, nebulímetros, turbohaler (um tipo de "bombinha" que se inala um pó seco), rotadisks (uma "bombinha" com formato de disco que se inala um pó seco), comprimidos ou cápsulas de inalar. Os medicamentos corticosteroides também podem ser úteis no tratamento de alguns pacientes com DPOC. O uso de oxigênio domiciliar também poderá ser necessário no tratamento da pessoa com DPOC, melhorando a qualidade e prolongando a vida do doente.

Descritores: Sintomas. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

HIPERTIREIODISMO E DOENÇA DE GRAVES

NOBRE FAW¹, ARAÚJO LB¹, LIMA JVT¹, ASSIS JJC¹, CUNHA MAL²

A causa mais comum de hipertireoidismo é a chamada Doença de Graves. Essa doença ocorre quando o sistema imunológico (sistema de defesa do organismo) começa a produzir anticorpos que atacam a própria glândula tireoide. Esses anticorpos exercem um efeito semelhante ao do hormônio que regula o funcionamento da tireoide, o TSH, e levam ao crescimento e ao funcionamento exagerado da glândula. No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal. Como condições para uma assistência pré-natal efetiva, os seguintes elementos devem ser garantidos: captação precoce da gestante na comunidade; controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; medicamentos básicos; apoio laboratorial; avaliação das ações da assistência pré-natal. O pré-natal é importante, pois é possível evitar abortos, mortes fetais e neonatais, crescimento intrauterino retardado, baixo peso ao nascer, doença hipertensiva específica da gravidez, dentre outros fatores. Para uma gestante sem fatores de risco detectados, estabelece-se que, no mínimo, duas consultas sejam realizadas pelo médico: uma no início do pré-natal (não necessariamente a 1ª consulta) e outra entre 29ª e a 32ª semana de gestação. Se o parto não ocorrer até 7 dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser referida para um serviço de maior complexidade. Uma das condições para se considerar organizado um serviço é a existência de registros da assistência que está sendo oferecida, portanto, a documentação médica é um fator de qualidade. Parte-se da premissa anterior é que a Coordenação Materno-Infantil tem desenvolvido instrumentos que permitam registrar adequadamente dados referentes à assistência. Dentro deste conjunto, há instrumentos que são de uso mandatório para que a assistência esteja dentro de padrões de qualidade mínima aceitáveis, tais como a ficha Perinatal-Ambulatório, o Cartão da Gestante, e a Ficha de Internação Perinatal, e o Mapa de Registro de Diário, e outros de uso opcional, mas não menos importantes, como sejam o Partograma e o Sistema Informático Perinatal. As fichas Perinatal-Ambulatório, Internação Perinatal, e o Partograma devem fazer parte do Prontuário Médico, enquanto o Mapa de Registro Diário e o Sistema Informático Perinatal são instrumentos que facilitam a coleta e a organização dos dados para permitir a avaliação permanente do trabalho que vem sendo realizada. A incorporação destes instrumentos exige um momento inicial de compreensão da finalidade de cada um deles, seguido de processo de familiarização com os mesmos.

Descritores: Hipertireoidismo. Etiologia. Doença de Graves.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO À GESTANTE NO PSF

BELÉM AB¹, CAVALCANTE BMM¹, CAVALCANTE NC¹, LUCENA RC¹, ANDRADE RSX¹, ARAÚJO IM²

O fenômeno de Raynaud é uma condição na qual ocorre uma diminuição do fluxo sanguíneo para alguns tecidos ou órgãos do corpo humano. Acomete preferencialmente as mãos e os pés, mas pode também afetar as orelhas, a língua e o nariz. As áreas afetadas apresentarão alterações de coloração, tornando-se pálidas ou azuladas quando da exposição à temperatura fria, ou avermelhadas quando aquecidas. Estes episódios podem ser assintomáticos ou pode ocorrer adormecimento, formigamento ou dor em pontadas nas áreas acometidas. Cerca de 5 a 10% da população dos Estados Unidos pode ter fenômeno de Raynaud. A imensa maioria são mulheres, e muitas destas mulheres não apresentam nenhuma doença associada; neste caso, podemos chamá-la doença de Raynaud. Quando o Raynaud está associado com alguma doença, é designado fenômeno de Raynaud. Não existe teste laboratorial que identifique o fenômeno de Raynaud, nem a sua intensidade e necessariamente se correlaciona com o curso ou a evolução da esclerose sistêmica. O Fenômeno de Raynaud pode ser causado por traumas, como nos britadores, datilógrafos em pianistas, por trauma cirúrgico (distrofia simpático-reflexa), lesões compressivas, como na síndrome do túnel de carpo ou em alterações na coluna cervical e outras. O tratamento das crises de Raynaud envolve tanto a terapêutica medicamentosa quanto a terapêutica não medicamentosa. Esta inclui a prevenção, que recomenda evitar ou proteger-se do frio. O uso de luvas (inclusive luvas térmicas) deve ser preconizado. O paciente deve parar de fumar, porque a nicotina diminui o fluxo sanguíneo para os dedos das mãos ou dos pés, agravando assim os ataques de Raynaud. As mãos e os pés devem estar permanentemente limpos e lubrificados com cremes hidratantes. Muitos detergentes domésticos podem irritar a pele e devem ser utilizados com cuidado pelos pacientes com fenômeno de Raynaud.

Descritores: Raynaud. Tratamento. Diagnóstico.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

SÍNDROME DO BEBÊ AZUL: TETRALOGIA DE FALLOT

IDEÃO IS¹, ALMEIDA KFC¹, BORGES KC¹, TOMÉ RR¹, MENEZES WS¹, AMORIM MLAM²

A cardiopatia congênita é um dos problemas mais comuns ao nascimento acometendo 1 a 1,5 em cada 10.000 nascidos vivos, sendo uma das mais importantes a Tetralogia de Fallot. Trata-se de um defeito congênito do coração, que consiste de quatro anomalias resultantes em sangue insuficientemente oxigenado bombeado para o corpo, por isso, a cianose (falta de oxigênio do sangue) apresentada pela criança. A causa é desconhecida e há uma incidência alta em crianças com Síndrome de Down. A forma clássica da Tetralogia inclui quatro defeitos dentro das estruturas do coração: Defeito do septo ventricular; Estreitamento da Válvula Pulmonar; Dextroposição Aórtica; e Parede espessa do Ventrículo Direito. Ao nascer, a criança não mostra sinais de cianose, mas pode desenvolver mais tarde episódios de pele azulada ao chorar ou ao se alimentar, apresentando os sinais e os sintomas clássicos da síndrome como: dificuldades para se alimentar e para ganhar peso; crescimento lento; desenvolvimento deficiente; pele azulada; falta de ar. O diagnóstico deve ser feito baseado em dados clínicos e laboratoriais. Ao exame físico, verifica-se um sopro no coração detectado pela ausculta. Os exames incluem: ECG que detecta anomalias; RX de tórax que mostra um coração de tamanho pequeno; ecocardiograma; e ainda mais o hemograma, que mostra contagens aumentadas de células sanguíneas. A reparação cirúrgica é necessária e consiste na correção dos defeitos da aorta, do coração e da artéria pulmonar, e dependendo do grau da cianose, a intervenção cirúrgica pode acontecer logo ao nascer ou mais tarde durante a infância. Porém, a administração de oxigênio e de morfina e propranolol podem reduzir ou evitar a ocorrência episódios de piora súbita, devido ao choro ou mesmo apenas o esforço para evacuação. É fato que a Tetralogia de Fallot passou de uma condição fatal a uma doença curável nos dias atuais. Contudo, ainda há muita discussão a respeito das condutas de tratamento: paliativo, definitivo ou palição e posterior correção definitiva.

Descritores: Tetralogia de Fallot. Defeitos Cardíacos. Congênito.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

HIPERTIREOIDISMO X DOENÇA DE GRAVES

LUZIANA MEDEIROS L¹, MATIAS BD¹, DANTAS J¹, ROCHA M¹, LINS AP¹,
MENEZES C¹, NÓBREGA MSG²

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, baseado em dados bibliográficos, tendo como fonte o acervo da biblioteca da FAMENE e pesquisas em sites científicos. O objetivo principal desse trabalho consiste na preocupação em fornecer informações acerca do hipertireoidismo, ressaltando seu diagnóstico precoce e nas formas de tratamento da patologia, buscando assim diminuir as complicações da doença e evitando que a mesma tenha um mal prognóstico e de difícil tratamento, quando tardiamente descoberta. O hipertireoidismo ocorre devido ao excesso de hormônio tireoidiano, fazendo com que todos os processos do corpo funcionem de forma acelerada. A causa mais comum de hipertireoidismo é a chamada Doença de Graves. Essa doença ocorre quando o sistema imunológico começa a produzir anticorpos que atacam a própria glândula tireoide. Esses anticorpos exercem um efeito semelhante ao do hormônio que regula o funcionamento da tireoide, o TSH, e levam ao crescimento e ao funcionamento exagerado da glândula. Os principais sinais estão relacionados com o aumento do metabolismo do corpo: Exoftalmia no estágio avançado da doença de Graves; Aceleração do batimento cardíaco e aumento da pressão arterial; Perda de peso, apesar do bom apetite; Nervosismo e permanente irritabilidade; Bócio; Diminuição do fluxo menstrual e ciclos mais curtos; Ligeiro aumento das mamas nos homens. O tratamento pode ser feito com medicamentos. A meta básica é retornar os níveis de hormônio ao normal. Quem sofre do problema, porque ingere muito iodo, pode recuperar-se com uma dosagem leve da medicação ou até mesmo uma alteração na dieta. No caso da doença de Graves, as alternativas são cirurgias para a retirada da glândula. Nesse caso, o indivíduo terá que fazer reposição hormonal; Drogas que inibem a atividade da tireoide; Iodo radioativo é o tratamento mais comum. O iodo é programado para danificar a célula, que o aproveita para produzir hormônio. Uma vez absorvido pela glândula, o iodo pode reduzir o tamanho da tireoide ou até eliminar os nódulos tóxicos que estimulam a produção exagerada de hormônio. É necessário identificar o hipertireoidismo em fase precoce, sendo de fundamental importância para o tratamento e também dever ser feito o acompanhamento por equipe multidisciplinar. Embora o tratamento das formas mais graves da doença tenha apresentado progressos importantes, o diagnóstico precoce e promover o tratamento visando ao controle do hipertireoidismo são ainda as principais medidas realmente efetivas contra a doença e assim diminuir a incidência das complicações associadas.

Descritores: Doença de Graves. Diagnóstico. Hipertireoidismo.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ABORTO INDUZIDO ENTRE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA

CÂNDIDO DFF¹, ALVES KFE¹, SILVA ANS¹, AMORIM POM²

Aborto espontâneo visa às mulheres que, hoje em dia, começam a pensar em engravidar depois dos 35 anos. Cada vez mais a carreira, a situação econômica ou mesmo o fator social fazem com que mais mulheres optem por engravidar depois dos 35 anos - cerca de 1 em cada 5 mulheres. Apesar de existirem disponíveis mais meios de controlar os riscos que uma gravidez acarreta nestas idades, não deixam de existir riscos associados a uma gravidez que surja em meados dos 30 ou aos 40 anos de idade. Se estiver nesta faixa etária e estiver a pensar engravidar, é importante ter consciência dos riscos que essa decisão implica para a mulher e para o futuro bebê. A partir dos 30, inicia-se um decréscimo da fertilidade numa mulher, pois a libertação do óvulo, que dá origem ao período fértil, é cada vez menos frequente. Quanto mais avançada for a idade, mais tempo é necessário para conseguir conceber. A partir dos 35, a endometriose (uma doença que se caracteriza pelo crescimento das placas de tecido endometrial, que normalmente só se encontra no revestimento interno uterino (endométrio), fora do útero, também começa a ser mais comum, interferindo na capacidade de engravidar. No entanto, e embora os problemas de infertilidade sejam mais comuns nestas idades, muitos deles podem ser tratados. Logo, a realidade é que uma mulher com 30 ou aos 40 anos de idade tem maior probabilidade de ter mais complicações com a gravidez, tendo, assim, um acompanhamento médico.

Descritores: Aborto. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

GRAVIDEZ TARDIA

ANJOS FERREIRA TG¹, PORDEUS ARCU¹, GOMES JMC¹, BARRETO AMO¹,
TEIXEIRA LM¹, BARBOSA IJF²

Muitas mulheres estão adiando seus planos de maternidade, buscando uma estabilidade financeira, um relacionamento maduro, como também confiando na melhoria da assistência médica. A gravidez, muito embora, seja um fenômeno natural e comum no cotidiano feminino, ainda hoje é permeada de conflitos, dúvidas e tabus. Mesmo que seja programada e desejada, quando confirmada, pode gerar insegurança, medo e ansiedade. A mulher atual participa plenamente da vida familiar, profissional e social. Cabe a ela cuidar da casa, do relacionamento conjugal, social e, muitas vezes, ser a provedora do sustento familiar ou contribuir ativamente para este fim. Em função de todos estes afazeres da vida moderna, o desejo da maternidade tem se postergado para fases mais avançadas. Sob o ponto de vista epidemiológico, a literatura científica tem apontado um risco maior de complicações nas gestações tardias, incluindo a hipertensão arterial, apresentação anômala, diagnóstico de sofrimento fetal intraparto, parto por cesárea e hemorragia puerperal. Os trabalhos apontam para um maior número de cesarianas, quando comparado com gestantes mais jovens. As distorcias do trabalho de parto também tendem a ocorrer mais vezes entre as gestantes tardias, e também acabam por levar a maior número de partos abdominais. Alguns trabalhos demonstram que a gravidez na idade avançada também se associa a complicações fetais, como anomalias cromossômicas, sofrimento fetal, internação em UTI e óbito neonatal, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento fetal. O número de diagnósticos de síndrome de Down cresceu 71% de 1989 a 2008 na Inglaterra e no País de Gales, segundo estudo publicado no "British Medical Journal" (BMJ). Um dos motivos apontados foi o aumento no número de mulheres mais velhas que decidem ter filhos - mulheres com mais de 40 anos têm uma chance 16 vezes maior de gerar uma criança com a doença do que mães com 25 anos. Com tudo isso, fica claro a necessidade de um pré-natal especializado para gestantes com idade acima de 35 anos, realizado por profissionais conhecedores dessas possíveis complicações e dispostos a atender a gestante de forma individualizada, preparados para atuar nos fatores de risco buscando minimizar as intercorrências e melhorar o prognóstico dessas gestantes.

Descritores: Gravidez Ectópica. Parto. Prognóstico.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

DOENÇA DE GRAVES

PIRES ACG¹, GADELHA BR¹, FARIAS BL¹, LEITE MVRC¹, CARVALHO MNV¹,
NÓBREGA MSG²

Entre as diversas causas de hipertireoidismo, a Doença de Graves representa a etiologia mais comum (80% dos casos). Tem origem autoimune, sua prevalência é incerta e se mostra de 5 a 10 vezes mais comum em mulheres do que em homens. Seu pico de incidência se dá entre os 20 a 40 anos, mas pode se manifestar em qualquer idade. Nessa doença, o hipertireoidismo resulta da produção de imunoglobulinas pelos linfócitos B, algumas das quais se ligam e ativam o receptor tireoidiano de TSH e estimulam tanto o crescimento da tireoide como a secreção excessiva de hormônios. Há uma nítida predisposição familiar para a doença de Graves, e os fatores ambientais podem incluir gravidez, ingestão excessiva de iodo, algumas infecções virais ou bacterianas, a suspensão da terapia com glicocorticoides, entre outros. Apresenta-se com três principais manifestações clínicas: hipertireoidismo com bócio difuso, oftalmopatia infiltrativa e dermopatia (mixedema pré-tibial). As manifestações clínicas do hipertireoidismo são decorrentes do efeito estimulatório dos hormônios tireoidianos sobre o metabolismo e tecidos, como o nervosismo, insônia, emagrecimento, polifagia, taquicardia, palpitações, intolerância ao calor, sudorese excessiva com pele quente e úmida, tremores, fraqueza muscular e hiperdefecação. O bócio é caracteristicamente difuso, podendo ser assimétrico ou lobular, com volume variável. Em alguns pacientes, há frêmito e sopro sobre a glândula, produzidos por um notável aumento do fluxo sanguíneo, sendo esse achado exclusivo da doença. A oftalmopatia infiltrativa decorre do aumento de volume dos músculos extraoculares e da gordura retrobulbar, o que leva a um incremento da pressão intraorbitária. As manifestações oculares mais comuns na doença de Graves são a retração palpebral, o olhar fixo ou assustado e o sinal de lid-lag (retardo na descida da pálpebra superior quando o globo ocular é movido para baixo). A dermopatia é um sintoma exclusivo e consiste no espessamento da pele, particularmente na área pré-tibial, devido ao acúmulo de glicosaminoglicanos. Uma manifestação comum também é a onicólise, ou unhas de Plummer, que se caracteriza pela separação da unha de seu leito. Os achados laboratoriais da doença de Graves incluem níveis elevados de T4 e T3 livres e níveis reduzidos de TSH, devido à estimulação continuada dos folículos tireoideanos pelas imunoglobulinas estimuladoras da tireoide, a captação do iodo radioativo está aumentada e a cintilografia mostra uma captação difusa. Não há cura, e as opções de tratamento são: o uso de drogas antitireoidianas (DAT – carbomazol, metimazol e propiltiouracil), o iodo radioativo e a cirurgia.

Descritores: Hipertireoidismo. Doença de Graves. Manifestações Clínicas.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

TETRALOGIA DE FALLOT

WANDERLEY ACM¹, CEZAR FILHO LF¹, CAVALCANTE UR¹, VIEIRA PJ¹, ROCHA VM¹, CUNHA MAL²

A Tetralogia de Fallot é classificada como um defeito cardíaco cianótico, pois o distúrbio resulta em sangue insuficientemente oxigenado bombeado para o corpo, o que leva a uma cianose (coloração roxo-azulada da pele) e falta de ar. A forma clássica de Tetralogia inclui 4 defeitos dentro das estruturas do coração: defeito do septo ventricular (orifício entre os ventrículos direito e esquerdo), estreitamento da válvula pulmonar (do pulmão), aorta deslocada e parede espessa do ventrículo direito. Há um fluxo de sangue não oxigenado na circulação geral e uma diminuição do fluxo de sangue para os pulmões, o que compõe o distúrbio cianótico. Ao nascer, a criança não mostra sinais de cianose, mas pode desenvolver, mais tarde, episódios de pele azulada ao chorar ou ao se alimentar. A Tetralogia de Fallot ocorre em, aproximadamente, 50 em cada 100.000 crianças. É a segunda causa mais comum de doença cardíaca cianótica em crianças.

Descritores: Tetralogia de Fallot. Cardiopatia. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMO DIAGNOSTICAR?

ALMEIDA DL¹, NÓBREGA EA¹, SAMPAIO EF¹, ROLIM PC¹, MAIA SR¹, PINTO DS²

A Hipertensão arterial, apesar de ser amplamente reconhecida pela alta prevalência e perigo associado, permanece inadequadamente tratada na maioria dos pacientes. Estudos epidemiológicos demonstram que a mortalidade cardiovascular permanece mais elevada mesmo nos hipertensos presumivelmente bem tratados. Para definir o que é a hipertensão arterial, primeiro é necessário saber o que é a pressão arterial. Esta compreende em uma força que o fluxo sanguíneo exerce nas artérias. Através de sua medição, dois valores são registrados: o maior, quando o coração se contrai bombeando o sangue (pressão sistólica), e o inferior, quando o coração relaxa entre duas batidas cardíacas (pressão diastólica). Cada um desses determinantes pode denominar uma série de fatores. A Hipertensão arterial, ou pressão alta, ocorre quando a pressão sistólica em repouso é superior a 140 mm Hg ou quando a pressão diastólica em repouso é superior 90 mm Hg ou ambos. E como diagnosticá-la? Primeiro passo: uma leitura de 140/90 mm Hg ou mais é considerada alta, mas o diagnóstico não pode ser baseado em apenas um registro. A medição deve ser feita novamente ao menos em outros dois dias diferentes, para ter certeza que a pressão alta persiste. Segundo passo: medir a pressão arterial fora do consultório médico pode ser um recurso valioso. O paciente pode avaliar a pressão arterial no próprio domicílio, com aparelho e pessoa aptos para tanto. Os valores considerados normais são inferiores aos padronizados para os consultórios. No período diurno, não devem ser superiores a 135 x 85 mm Hg, e à noite não devem ultrapassar 120 x 75 mm Hg. Terceiro passo: diagnosticada a pressão alta, é importante classificar o nível da Pressão Arterial: < 120 sistólica e < 80 diastólica = Ideal; < 130 sistólica e < 85 diastólica = Normal; 130~139 sistólica ou 86~89 diastólica = Normal-alta; 140~159 sistólica ou 90~99 diastólica = Hipertensão Estágio 1; 160~179 sistólica ou 100~109 diastólica = Hipertensão Estágio 2.; > 180 sistólica ou > 110 diastólica = Hipertensão Estágio 3. Diastólica normal com sistólica > 140 = Hipertensão Sistólica Isolada. Tendo em vista todos estes parâmetros, avaliam-se as consequências nos órgãos, principalmente vasos sanguíneos, coração e rins. A hipertensão arterial primária ou essencial não tem cura, mas pode e deve ser tratada a fim de prevenir complicações. Antes da prescrição de qualquer medicamento, medidas alternativas são utilizadas: redução de peso, controle de sódio, exercício aeróbico, para fumantes (abandonar o fumo) e etilista deixar o álcool.

Descritores: Anafilaxia. Hipersensibilidade. Diagnóstico.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

SÍNDROME DE DOWN: UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

CAVALCANTI ERH¹, SUASSUNA LS¹, GUERRA PKA¹, RJM¹, RIBEIRO RC¹, PINTO DS²

A Síndrome de Down é causada por uma alteração cromossômica, ocorrência de três (trissomia) cromossomos 21, na sua totalidade ou de uma porção fundamental. Consiste em uma combinação específica de características fenotípicas que inclui retardo mental e uma face típica. O tratamento engloba uma série de medidas para tratar os problemas clínicos decorrentes da síndrome, bem como diversas medidas de estimulação precoce e inclusão social para aproveitar todo o potencial da criança. A estimulação precoce é um atendimento especializado direcionado a bebês e crianças de 0 a 3 anos, com risco ou atraso no desenvolvimento global. Este atendimento é de fundamental importância, pois dá suporte ao bebê no seu processo inicial de interação com o meio, considerando os aspectos motores, cognitivos, psíquicos e sociais de seu desenvolvimento, além de auxiliar seus pais no exercício das funções parentais, fortalecendo os vínculos familiares. Muitos profissionais podem ser envolvidos nos cuidados médicos, avaliando e planejando o curso de tratamento para a criança com Síndrome de Down, incluindo fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo. Não existe um tratamento específico para Síndrome de Down a fim de reverter a trissomia do cromossomo 21. As perspectivas futuras de uma pessoa com Síndrome de Down variam de acordo com o acompanhamento da equipe multidisciplinar e as condições, favoráveis ou não, de desenvolvimento. Os avanços nos processos terapêuticos melhoraram grandemente a expectativa de vida destes pacientes e a maioria consegue atingir os 55 anos de idade ou mais.

Descritores: Síndrome de Down. Trissomia 21. Etiologia.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ACOMPANHAMENTO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO PROGRAMA HIPERDIA

BELTRAO BR¹, DINIZ AA¹, GOMES BB¹, CALDAS PH¹, ARAÚJO IM²

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 15 a 20% da população adulta. O tratamento adequado com o controle dos níveis tensionais reduz tanto a mortalidade, quanto a morbidade associadas à doença. Portanto, considera-se de suma importância que os hipertensos sigam o tratamento proposto, o que não é tarefa fácil, apesar da efetividade das medidas farmacológicas e não farmacológicas, podendo atingir índices mais elevados, de até 50%, nas pessoas idosas. Já a Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou açúcar no sangue. A glicose é a principal fonte de energia do organismo, mas quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde. Quando não tratada adequadamente, causa doenças tais como infarto do coração, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas visuais e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações. O Programa Hiperdia é um programa de cadastramento e acompanhamento criado pelo Ministério da Saúde, que pode acolher hipertensos e diabéticos. No Programa, os pacientes recebem orientação através de palestras com temas relacionados à saúde e praticam, de duas a três vezes por semana, atividades físicas supervisionadas por professores de Educação Física; também são avaliados pelo médico com medição da pressão e glicemia, além de receberem remédios. A estimativa do Ministério da Saúde é que 30% da população seja portadora de hipertensão e diabetes, e que, até o final desse ano, as unidades devem cadastrar mais pessoas no programa. A partir desse programa, também poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública, que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social.

Descritores: Hipertensão Arterial. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

POTENCIAL DO AAS NO APARECIMENTO DE ÚLCERAS PÉPTICAS E MEDICAMENTOS QUE PODEM ESTAR ASSOCIADOS PARA DIMINUIR O RISCO

FURTADO AGRC¹, AMORIM JCG¹, SOUSA LWNF¹, PIMENTA MBF¹, DOURADO TBM¹, BARBOSA IJF²

Pacientes que desenvolvem doença péptica durante uso crônico de AINE devem suspender ou reduzir a dose do anti-inflamatório e erradicar o H. Pylori, se presente. Quando for impraticável alterar o tratamento anti-inflamatório, recomenda-se adicionar um anti-secretor. Para consolidar tal decisão, fizeram-se várias comparações entre omeprazol e outros agentes em pacientes que continuam usando AINE. O uso crônico de ácido acetilsalicílico, mesmo em baixas doses, associa-se a risco de complicações gastrointestinais, principalmente sangramento digestivo alto. A administração concomitante de terapia anti-secretora (antagonistas H₂ ou inibidores de bomba) diminui o risco de sangramento digestivo alto, induzido por baixas doses de ácido acetilsalicílico. A profilaxia medicamentosa objetiva neutralizar ou eliminar a secreção cloridopéptica no estômago, prática que se incorporou a rotinas médicas no manejo de pacientes de alto risco. Há algumas décadas, realizam-se ensaios clínicos comparativos entre antagonistas e bloqueadores da secreção ácida – antiácidos, bloqueadores H₂ e, mais recentemente, bloqueadores da bomba de prótons – e placebo na prevenção de Sangramento Digestivo. A relativamente baixa incidência de hemorragia digestiva nos estudos determinou que grande número deles tivesse baixo poder estatístico, havendo os que apresentam diferenças significativas e outros que mostram resultados negativos. Fruto desse fato é a diversidade de pacientes e medicamentos testados. O potencial benefício da profilaxia primária com antagonistas da secreção ácida deve ser cotejado com o risco aumentado de colonização de bactérias Gram negativas, capazes de causar septicemia e pneumonia nosocomial em pacientes já gravemente enfermos. A incidência dessa complicação também foi aferida de forma insatisfatória por ensaios clínicos isolados. Com base nas informações adquiridas, percebe-se que o uso do ácido acetilsalicílico gera a corrosão na mucosa gástrica, sendo necessário o uso de medicamentos inibidores da bomba de prótons, assim, evitando a hemorragia da região devido ao pouco ou nenhum suco gástrico liberado no estômago.

Descritores: Doença Péptica. AAS. H Pylori.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

OS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DA DENGUE HEMORRÁGICA

FORMIGA IM¹, MELQUIADES MMS¹, DANTAS TG¹, NOVAIS YL¹, COSTA KVMC²

A dengue é causada por vírus do gênero Flavivírus, gênero esse composto por vírus RNA transmitidos, na maioria das vezes, por um artrópode, podendo causar doença em humanos. Tem ampla distribuição em áreas tropicais, ocorrendo de forma endêmica e eventualmente epidêmica. É transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, principalmente *Aedes Aegypti*, cuja distribuição e adaptação em ambientes urbanos e peridomiciliares explica a predominância da dengue em cidades. As formas mais graves incluem a síndrome do choque por dengue e a dengue hemorrágica. O choque é decorrente de importante alteração da permeabilidade capilar e grande extravasamento de plasma para sítios extravasculares, e está associado à ativação imune, com elevados níveis séricos de receptor de fator de necrose tumoral- α (TNF), interleucina (IL)-8 e outros fatores. A dengue hemorrágica desenvolve-se, em geral, em conjunto com choque, e ocorre após período de dois a sete dias após defervescência. A dengue hemorrágica está associada à hiper-resposta imune, mediada por anticorpos heterólogos. Aumento de TNF, IL-2 e CD8 solúvel sugere hiperativação de células CD4 e CD8 de memória. Há evidência de hiperexpressão de receptores Fc e antígenos MHC classes I e II e aumento sérico de vários mediadores inflamatórios, como consequência de lise de células endoteliais e mononucleares. O resultante da hiper-resposta imunológica é uma combinação de vasculopatia e coagulopatia de consumo. A diátese hemorrágica da dengue é causada por vasculopatia, trombocitopenia e coagulopatia leve, que são responsáveis pelos sangramentos cutâneos e mucosos. O aumento da fragilidade vascular é, provavelmente, decorrente da ação direta do vírus, que já ocorreria na fase de viremia ou estágio inicial febril. Apesar de clinicamente não ser possível distinguir aqueles pacientes que vão evoluir com a forma hemorrágica daqueles com manifestação autolimitada, faz-se necessário a imediata assistência ao paciente, logo que seja evidenciado um caso suspeito, pois, na dengue hemorrágica, o quadro clínico se agrava rapidamente, apresentando sinais de insuficiência circulatória e choque, podendo levar a pessoa à morte em até 24 horas.

Descritores: Dengue Hemorrágica. Fisiopatologia. *Aedes Aegypti*.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

A ASMA NA INFÂNCIA

FELLER MC¹, BEZERRA LV¹, PINTO HRM¹, COSTA KVMC²

A asma brônquica, também conhecida como bronquite alérgica, é uma doença pulmonar frequente, que está aumentando em todo o mundo. Esta doença se caracteriza pela inflamação crônica das vias aéreas, o que determina o seu estreitamento, causando dificuldade respiratória. Este estreitamento é reversível e pode ocorrer em decorrência da exposição a diferentes fatores desencadeantes (alterações climáticas, contato com poeira doméstica, mofo, pólen, cheiros fortes, pelos de animais, gripes ou resfriados, fumaça, ingestão de alguns alimentos e medicamentos). A doença parece estar em ascensão, especialmente entre crianças, onde uma em cada 10 tem asma. Caracteristicamente, nesta doença, os sintomas aparecem de forma cíclica, com períodos de piora. Dentre os principais sintomas, podemos destacar a tosse (pode ou não estar acompanhada de expectoração), dispneia, sibilos e dor ou aperto no peito. Os sintomas podem aparecer a qualquer momento do dia, mas tendem a predominar pela manhã ou à noite. A asma é a principal causa de tosse crônica em crianças. A inflamação da mucosa brônquica ocasiona limitação ao fluxo aéreo, devido ao aumento do fluxo sanguíneo brônquico, com vasodilatação, congestão e hiperpermeabilidade microvascular com edema e líquido intraluminal, tampões de muco e contração da musculatura lisa peribrônquica. Este conjunto determina a redução do calibre das vias aéreas, causando falta de ar e sibilos. O diagnóstico é feito baseado nos sinais e sintomas que surgem de maneira repetida e que são referidos pelo paciente. No exame físico, o médico poderá constatar a sibilância nos pulmões, principalmente nas exacerbações da doença. Contudo, nem toda sibilância é devido à asma, podendo também ser causada por outras doenças. Todavia, nos indivíduos que estão fora de crise, o exame físico poderá ser completamente normal. Existem exames complementares que podem auxiliar o médico. Dentre eles, estão a radiografia do tórax, exames de sangue e de pele (para constatar se o paciente é alérgico) e a espirometria que identifica e quantifica a obstrução ao fluxo de ar. O asmático também poderá ter em casa um aparelho que mede o pico de fluxo de ar, importante para monitorar o curso da doença. Nas exacerbações da asma, o pico de fluxo se reduz. Para se tratar esta doença, a pessoa deve ter certos cuidados com o ambiente, principalmente na sua casa e no trabalho. Simultaneamente, deverá usar medicações (broncodilatadores e anti-inflamatórios) e manter consultas médicas regulares.

Descritores: Asma Brônquica. Sintomas. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

INTOXICAÇÃO POR INSETICIDAS ORGANOFOSFORADOS

CABRAL BFL¹, DANTAS CS¹, FERREIRA TGA¹, ROSA JÚNIOR AFS¹, MACEDO EA¹,
PEREIRA MSV²

Os primeiros compostos organofosforados foram preparados por alquimistas na Idade Média, mas seu estudo sistemático teve início no século XIX, por Lassaigne em 1820, com a esterificação de ácido fosfórico. Sendo comercialmente conhecido como “chumbinho”, são compostos largamente utilizados na agropecuária, tendo, também, uso domiciliar muito difundido, o que explica sua alta incidência entre os agentes provocadores de infecção. A toxicidade destes agentes é decorrente da inibição da acetilcolinesterase, permitindo o acúmulo de acetilcolina nos receptores muscarínicos (células efetoras colinérgicas), nos receptores nicotínicos (junção neuromuscular esquelética e gânglios autonômicos) e sistema nervoso central. A intoxicação por organofosforados promove os seguintes sintomas: miose, lacrimejamento, salivação, excesso de secreção brônquica, broncoespasmo, bradicardia, vômitos, diarreia e incontinência urinária, quando nos referimos aos efeitos tóxicos no sistema nervoso autônomo. Em se tratando de efeitos no sistema nervoso central, destacamos: convulsões, agitação, sonolência, coma e tetraparesia (o que leva à fraqueza muscular), fasciculações, sendo estas duas últimas referentes a problemas na junção neuromuscular. O tratamento do intoxicado vai desde a lavagem gástrica com carvão ativado e hidratação venosa até a utilização de atropina, sendo também necessárias medidas para tratar a sintomatologia associada ao quadro clínico do paciente. Os sintomas em nível de sistema nervoso autônomo são tratados com o uso do agente antimuscarínico atropina (atropinização), antagonista competitivo das ações da acetilcolina e outros agonistas muscarínicos. Todos os receptores muscarínicos são passíveis de serem bloqueados pela ação da atropina: os existentes nas glândulas exócrinas, músculos liso e cardíaco, gânglios autônomos e neurônios intramurais. Para os sintomas de fraqueza muscular, usa-se a pralidoxima, a qual age removendo o grupo fosforil da enzima colinesterase inibida, provocando a reativação da enzima. Diante do que foi revisado, viu-se que a intoxicação por organofosforados é uma situação de extrema emergência e que se faz necessário todo conhecimento e prática sobre o assunto, pois se trata de infecção potencialmente grave e que exige intervenção médica precoce.

Descritores: Intoxicação. Sintomas. Tratamento. Chumbinho.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

FERREIRA TGS¹, SIQUEIRA BLR¹, FERRAZ LCC¹, PEREIRA MSV²

O DPOC compreende um grupo de doenças pulmonares caracterizadas por inflamação crônica ao fluxo expiratório, irreversíveis (parcial ou totalmente), e lentamente progressivas durante meses a anos de observação. As manifestações clínicas são variáveis e inespecíficas, incluindo principalmente dispneia, tosse e expectoração crônicas. Geralmente, os pacientes são fumantes e apresentam associados, em variadas proporções, enfisema e bronquite crônica. Em alguns casos, o componente obstrutivo é parcialmente reversível. A caracterização da doença costuma ser fácil em fases avançadas da doença, mas em etapa precoce, o diagnóstico pode ser difícil. Durante longo período da evolução, pode haver dano apenas nas vias aéreas periféricas, difícil de ser detectado pelos testes de rotina. E é exatamente nesta etapa que têm maior utilidade medidas simples como o abandono do tabagismo e o tratamento adequado das infecções respiratórias. Sabe-se que um percentual de 15% a 20% dos pacientes fumantes desenvolverão DPOC. A maioria desses fumantes apresenta como primeiras manifestações clínicas a tosse e a expectoração, podendo ou não evoluir, com a persistência do fumo, para o quadro obstrutivo. Exatamente em que momento da evolução natural da doença isso ocorre, não se sabe. Também não se sabe ainda como detectar essa doença na sua fase inicial. A maioria dos pacientes que procuram assistência médica já apresenta problemas de maior gravidade, com dispneia e tosse com expectoração purulenta, e algum grau de hipoxemia. Muitos já estão em fase avançada de insuficiência respiratória. No Brasil, existem poucos estudos sobre a epidemiologia da doença pulmonar obstrutiva crônica através de estudos de base populacional. Tanto a morbidade quanto a mortalidade das doenças são bastante elevadas. Ela ocupou o terceiro lugar nas internações por doenças respiratórias (275.972 internações, em um total de 1.921.061 internações decorrentes de problemas no aparelho respiratório); no ano de 1999, sendo que 70% dessas ocorreram em pessoas acima de 60 anos de idade. Quanto à mortalidade, no ano de 1977, a DPOC foi a primeira causa de óbito dentre as doenças respiratórias. Atualmente, procura-se agrupar os pacientes em estádios evolutivos para, com isto, facilitar o entendimento dos casos individuais, estabelecer critérios diagnósticos, padronizar recursos terapêuticos, estabelecer marcadores prognósticos, enfim, facilitar a comunicação e comparação entre as experiências de diversos centros de pesquisa.

Descritores: Asma. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DE DOWN

OLIVEIRA BAC¹, BENDER BR¹, NETO SC¹, BRITO MC¹, VIEIRA GC²

A Síndrome de Down trata-se de um acidente genético, trissomia do cromossomo 21, que se expressa na concepção. Fenotipicamente, os indivíduos apresentam retardo mental em graus variados, altura abaixo da média, hipotomia, orelhas com implantação baixa e malformação cardíaca. Estímulos são indispensáveis para o desenvolvimento do portador como um todo, bem como as evoluções no tratamento médico conseguiram aumentar a expectativa de vida do Down de 40 para 50 anos. Embora, não haja cura, o tratamento adequado do portador irá por mitigar as consequências tanto psicológicas como físicas, levando a uma melhor qualidade de vida do portador da síndrome.

Descritores: Síndrome de Down. Tratamento. Trissomia do Cromossomo 21.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ALZHEIMER: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

FERREIRA VRH¹, SOUSA KVP¹, RABELO LS¹, SILVA PVA¹, AMORIM MLAM²

O envelhecimento da população ocasiona o aumento das doenças degenerativas, em especial da Doença de Alzheimer (DA). A doença de Alzheimer (DA) é uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que se caracteriza do ponto de vista anatomopatológico por atrofia cortical, acometendo, sobretudo, a formação hipocampal e as áreas corticais associativas. Em geral, a DA de acometimento tardio, de incidência ao redor de 60 anos de idade, ocorre de forma esporádica, enquanto que a DA de acometimento precoce, de incidência ao redor de 40 anos, mostra recorrência familiar, sendo responsável por muitos casos de demência. Os portadores de DA apresentam mudanças cognitivas (memória, atenção e linguagem), funcionais (declínio na execução das atividades de vida diárias), ou comportamentais (agitação, agressividade). Os sintomas iniciais são indulgentemente suportados e explicados pelos familiares, como “parte do processo natural do envelhecimento”, dificultando, assim, a investigação diagnóstica. O diagnóstico diferencial constitui elemento de extrema importância no curso da doença, uma vez que se assemelha a outras condições clínicas, como depressão, hipotireoidismo, reação adversa a drogas, deficiências vitamínicas, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal, homosisteinemia, entre outras. A avaliação clínica do paciente compreende uma entrevista detalhada, exame físico, avaliação cognitiva breve, análises laboratoriais (sorologia para HIV, hemograma completo, dosagem de vitamina B1 e B3, pesquisa de anticorpos antinucleares e complemento), biópsia cerebral, punção lombar e análise do líquido, *screening* de metais pesados, gasometria, marcadores neoplásicos, tomografia computadorizada do crânio, eletrocardiograma, raio X do tórax. O tratamento para a DA não é específico, mas algumas medicações podem retardar a progressão da doença; outras podem ajudar a minimizar a frequência e a gravidade dos distúrbios de humor e comportamento. Com isso, observa-se que o diagnóstico diferencial deve ser realizado precocemente para que outras enfermidades sejam excluídas e o tratamento instituído na tentativa de estabilizar o quadro clínico, bem como proporcionar melhor qualidade de vida ao portador de Alzheimer, através de cuidados específicos e dirigidos a cada fase evolutiva. Sendo a DA uma patologia de curso crônico, os familiares também experimentam inúmeras mudanças em suas vidas, devendo, portanto, estarem envolvidos no plano terapêutico traçado pela equipe multidisciplinar.

Descritores: Alzheimer. Doenças Degenerativas. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DENGUE

LEITE GS¹, ROBERTO MF¹, OLIVEIRA MNG¹, TORRES TSN¹, ANDRADE TMMA¹,
MOTA CAX²

A dengue é uma enfermidade febril aguda caracterizada por dor muscular e articular severas, exantema, mal-estar e linfadenopatia. A gravidade das queixas musculoesqueléticas deu origem ao apelido febre quebra-osso. O patógeno é um membro da família *Flaviviridae*, que consiste em um vírus de RNA de fita simples com envelope lipídico de, aproximadamente, 50 nm de diâmetro. Há quatro sorotipos de dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Não há proteção cruzada entre os sorotipos, o que possibilita que os indivíduos sofram dengue após a infecção por outro sorotipo. A infecção por um segundo sorotipo coloca o indivíduo em risco de desenvolver febre hemorrágica. A dengue é transmitida aos humanos pela picada das fêmeas dos mosquitos *Aedes Aegypti* e *Aedes albopictus*. Não há transmissão homem-homem, sem a ação do vetor. A infecção por dengue é, muitas vezes, subclínica. Quando sintomática, a dengue pode manifestar sob a forma clássica, febre hemorrágica da dengue ou síndrome do choque da dengue. Os pacientes podem ainda apresentar uma enfermidade branda com febre, anorexia e cefaleia inespecífica. A dengue clássica ocorre, geralmente, em adultos e crianças mais velhas não autóctones, sendo caracterizada por febre, cefaleia frontal grave, dor retroorbitaria, mialgias e, em muitos casos, náuseas, vômito, exantema, linfadenopatia e artralgias. Podem ocorrer fraqueza generalizada, paladar alterado, calafrios e heperestasia cutânea. Ao exame físico, observa-se febre, bradicardia relativa, injeção escleral, dor à compressão ocular e congestão faríngea; um exantema aparece, transitoriamente, no primeiro ou segundo dia da doença. No segundo ou terceiro dia, a febre e outros sintomas podem melhorar. A febre é tipicamente, mas não constantemente bifásica. Depois de um hiato típico de dois dias, a febres e outros sintomas recrudescem, embora menos intensamente. Pode ocorrer linfadenopatia generalizada não dolorosa nas regiões cervical posterior, epitrocLEAR e inguinal. O exantema também recidiva, assumindo o aspecto de manchas de dois a cinco mm de palidez, rodeadas por eritema e, ocasionalmente, acompanhadas de disestesia em ardência das palmas e das plantas. O exantema pode descamar. Em casos graves, ocorre choque da dengue por hipotensão, pulso fino e choque. A dengue é uma patologia de alta prevalência em todo o mundo.

Descritores: Dengue. Tratamento. Transmissão.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

DIABETES NO IDOSO

SILVA BG¹, GOMES CLMF¹, MATIAS MBF¹, BRITO MR¹, AMORIM MLAM²

O diabetes mellitus é um grupo heterogêneo de síndromes, causado por uma deficiência de insulina, que apresenta uma característica em comum, a hiperglicemia. É a principal causa de amputação, cegueira em adultos e uma importante causa de falha renal, ataque cardíaco e AVC (acidente vascular cerebral). Essa doença pode ser classificada em dois grupos: tipo 1 e tipo 2. O diabetes tipo 1 é caracterizado pela destruição das células beta do pâncreas, levando à deficiência absoluta de insulina, hormônio responsável pelo ingresso de glicose nas células. Já o tipo 2 se caracteriza, predominantemente, por um estado de resistência à ação da insulina, associado à uma deficiência na sua secreção. Há relação direta entre valores de glicemia e idade. O diabetes mellitus tem prevalência no idoso maior que a observada na população geral, chegando a 20% aos 80 anos de idade. Havendo duas populações distintas: uma composta por idosos que envelheceram já sabendo serem portadores, com a maior parte portando DM tipo 2, com antecedentes familiares diabéticos, obesos e eventualmente com alguma complicação crônica; e a outra composta por idosos que se souberam portadores após os 65 anos, sendo a maior parte também portadora de DM tipo 2. Entretanto, cerca de 10% desses idosos são portadores de diabetes mellitus tipo 1. A apresentação clínica no idoso pode ser diferente da classicamente conhecida (poliúria e polidipsia), já que a hiperglicemia pode estar correlacionada com sintomas vagos como astenia - uma fraqueza orgânica devido à idade -, declínio cognitivo leve e infecções de repetição, podendo ser estabelecido o diagnóstico pela presença de complicação crônica. A dieta do idoso deve reforçar a restrição absoluta de carboidratos de rápida absorção, como balas e refrigerantes e moderar carboidratos de absorção lenta. Nos idosos magros, basta evitar açúcar. É importante incentivar atividades físicas para o idoso diabético, sendo as mais indicadas: caminhadas, natação e hidroginástica. As drogas usadas no tratamento são classificadas segundo seu efeito. O não controle da hiperglicemia indica a introdução das sulfonilureias. A metformina é usada para sensibilizar a ação da insulina em diabéticos obesos. A insulina deve ser utilizada em diabéticos magros ou com hiperglicemia, apesar do uso de doses máximas de drogas e seu uso deve ser ponderado. Estima-se que 20% das aplicações de insulina por idosos apresentam erro de dosagem, sendo fundamental auxiliá-los. Em contrapartida, há melhora dos sintomas, na qualidade de vida e na diminuição do risco de desenvolver complicações crônicas.

Descritores: Diabetes. Idoso. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ALERGIA

FERREIRA LBR¹, NASCIMENTO JM¹, DUARTE GAG¹, VIEIRA IS¹, PEREIRA MSV²

A alergia é uma resposta exagerada do sistema imunológico a uma substância estranha ao organismo, uma hipersensibilidade imunológica a um estímulo externo específico. Os portadores são chamados de “atópicos” ou de “alérgicos”. As reações alérgicas, sendo reações imunológicas, são extremamente específicas, reagindo o organismo sensibilizado exclusivamente ao determinante antigênico, usado como imunógeno ou estrutura semelhante. As reações de hipersensibilidade foram bem cedo separadas em dois tipos diferentes, de acordo com o tempo decorrido entre o contato do organismo sensibilizado com o antígeno e a visualização macroscópica do fenômeno alérgico. Assim, enquanto as chamadas reações de hipersensibilidade imediata exigem apenas minutos ou algumas horas para seu aparecimento, as reações de hipersensibilidade tardia só se desenvolvem depois de muitas horas. Hoje, embora esse critério de tempo de aparecimento continue válido para a classificação das reações de hipersensibilidade, sabe-se que diferenças mais importantes separam os dois tipos. Assim, enquanto as reações do tipo imediato incluem todas as reações reproduzíveis por um ou outro dos vários tipos de anticorpos presentes no soro e, conseqüentemente, podem ser transferidas de um indivíduo para o outro por anti-soro, as reações do tipo tardio dependem de linfócitos e, portanto, não são transmissíveis por anti-soro, mas somente por células. A transferência por meio de células de um estado de imunidade denomina-se imunização adotiva, porque o organismo receptor adota as células do doador, as quais lhe conferem a imunidade adquirida no outro organismo. No caso de transferência por células de um estado de hipersensibilidade, diz-se haver sensibilidade adotiva. Tanto a imunidade quanto a sensibilização adotiva somente são possíveis entre indivíduos isogênicos. (É possível a transferência de células alogênicas que, entretanto, sobrevivem por um período curto.) Note-se que, enquanto a hipersensibilidade tardia é transferível por anticorpos ou células, o alérgico pode apresentar espirros em salva, nariz obstruído, coriza, tosse repetitiva, prurido nos olhos, nariz, garganta e em qualquer parte do corpo, lacrimejamento dos olhos, erupções cutâneas, urticárias, edema nos lábios ou nas pálpebras, conjuntivite, faringite, sinusite e otite alérgicas, marcas nas pálpebras e dispnéia. O tratamento é tanto na fase aguda com anti-histamínico e corticoide e também pode se dar na fase crônica à base da dessensibilização. Descritores: Hipersensibilidade, Anticorpos, Imunidade.

Descritores: Alergia. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DPOC

SÁ RMA¹, TAVARES GCC¹, PONTES JVA¹, SILVA MIL¹, COSTA KVMC²

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) compreende um grupo de doenças pulmonares, caracterizadas por limitações do fluxo respiratório que não é totalmente reversível. Esta limitação se dá pela inalação de gases e partículas nocivas. As manifestações clínicas são variáveis e inespecíficas, incluindo principalmente dispneia, tosse e expectoração crônica. No entanto, na maioria das vezes, ao falarmos em DPOC, referimo-nos às seguintes doenças: Bronquite Crônica caracterizada por tosse produtiva; Enfisema Pulmonar caracterizada por destruição e/ou alteração da função dos alvéolos pulmonares; Asma Brônquica caracterizada pela inflamação crônica das vias aéreas, o que determina o seu estreitamento, causando dificuldade respiratória; e Bronquiectasia que se caracteriza pelo alargamento ou distorção dos brônquios, de maneira irreversível, decorrente da destruição do componente elástico. Os principais fatores de risco são tabagismo (95% dos pacientes), poluentes atmosféricos, fatores socioeconômicos, fatores genéticos, infecções e clima. A obstrução do fluxo aéreo é caracterizada por respiração sibilante na auscultação durante respiração normal ou forçada. Suspeita-se de doença avançada quando há respiração com os lábios franzidos, uso dos músculos acessórios respiratórios, retração dos espaços intercostais à inspiração. Na otimização da função pulmonar em DPOC estável, a terapia broncodilatadora é recomendada, além da administração de corticosteroides e de metilxantinas. Na exacerbação aguda, causada por uma bronquite purulenta, inclui-se a suplementação de oxigênio para manter a saturação arterial >90%, além de broncodilatadores inaláveis antibióticos orais e corticosteroides sistêmicos. As terapias adicionais para os indivíduos em estágio final da DPOC incluem o transplante de pulmão e a cirurgia de redução do volume pulmonar, na qual pequenas porções do pulmão enfisematoso são removidas para reduzir a hiperinsuflação e melhorar a mecânica pulmonar do tecido remanescente. Atualmente, os exames para identificação do DPOC são o raio-X do tórax, espirometria com teste de broncodilatador, gasometria arterial, pressões expiratórias e inspiratórias máximas e exame de escarro. De acordo com a Sociedade Americana do Tórax, os elementos diagnósticos para a DPOC são a história clínica, exame físico e os dados de exames complementares. Portanto, a DPOC é resultado de fatores de sensibilidade genéticos e exposições ambientais, mais comumente o tabagismo. As estratégias terapêuticas variam conforme o estágio da doença, a idade do paciente e o sucesso ou fracasso da cessação do tabagismo. A identificação e o tratamento precoces da DPOC e dos distúrbios correlatos ainda são um importante desafio para a medicina.

Descritores: DPOC. Enfisema Pulmonar. Bronquite Crônica.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ASMA BRÔNQUICA PERSISTENTE MODERADA

MENDES CSS¹, ESTEFAN JE¹, FERREIRA EB²

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, que resulta na redução ou até mesmo obstrução no fluxo de ar. Influi sobre ela a interação entre fatores genéticos e ambientais. Apresentam-se na forma de crises de falta de ar, causada por edema da mucosa brônquica, e aumento na produção de muco nas vias aéreas, além de contração da musculatura lisa das vias aéreas, o que gera uma diminuição de seu diâmetro (bronco espasmo). Possui agentes que deflagram sua existência, como alergias (poeira, ácaros, fungos, insetos, animais e polens); gripes; resfriados; estímulos ambientais (poluição aérea, odor de produtos químicos, aerossóis, fumaça de cigarro e alterações climáticas); exercícios físicos; estresse emocional; medicamentos. Seus sintomas clássicos são dispneia, tosse e sibilos, principalmente à noite. A diminuição das vias aéreas pode ser reversível, porém, em asma crônica, a inflamação pode determinar obstrução irreversível ao fluxo aéreo. A patologia mostra-se com presença de células inflamatórias nas vias aéreas, exsudação de plasma, edema, hipertrofia muscular, rolhas de muco e descamação do epitélio. O diagnóstico é, principalmente, clínico e o tratamento consta de medidas educativas, drogas que melhorem o fluxo aéreo na crise asmática e anti-inflamatórios, principalmente a base de corticoides. A classificação da patologia se divide em quatro formas: asma intermitente, asma persistente leve, asma persistente moderada e asma persistente grave. No presente estudo, elegeu-se a asma persistente moderada, a qual se caracteriza pelos sintomas diários. As crises podem afetar as atividades diárias e o sono, presença de sintomas noturnos pelo menos uma vez por semana e tem nas provas de função pulmonar: pico do fluxo expiratório (PFE) ou volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF¹) >60% e < 80% do esperado. O tratamento para a asma brônquica persistente moderada, medicamentosa é Broncodilatador β -2 agonista de curta ação: Ex: Fenoterol. Utilizado para alívio rápido dos sintomas; Broncodilatador β -2 agonista de ação prolongada: Ex: Formoterol. Usado no tratamento de manutenção; Corticoide inalatório: Ex: Beclometasona. Os corticoides agem reduzindo a inflamação na parede brônquica, acelerando a recuperação funcional e diminuindo o risco de asma fatal. Além do tratamento supracitado, é comumente usado fisioterapia direcionada à área pneumológica, para melhora do quadro do paciente.

Descritores: Asma. Asma Brônquica. Vias aéreas.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ABORTO INDUZIDO: CONHECIMENTO E OPINIÃO DE GINECO-OBSTETRAS

DELGADO ART¹, NUNES DT¹, ALBUQUERQUE TK¹, NÓBREGA MSG²

O aborto é um problema social, pessoal e de saúde pública que afeta a maioria das pessoas, direta ou indiretamente, pelo menos alguma vez na sua vida. Uma das dificuldades para o cumprimento da lei é o desconhecimento da população e dos médicos acerca das leis e regulamentos sobre o tema. Em uma pesquisa realizada com gineco-obstetras brasileiros associados à FEBRASGO, interrogados sobre conhecimento, opinião e conduta em relação a abortos induzidos, observou-se dois terços dos médicos acreditavam erradamente que era necessário alvará judicial para praticar aborto previsto na lei, e quase 80% referiram corretamente que este era necessário em caso de malformação congênita grave, não previsto na lei. Um dos erros mais frequentes, de quase um terço dos médicos, foi acreditar que a lei não pune o aborto em caso de malformação fetal grave, o que talvez se explique pela alta frequência de autorizações para realizar este tipo de aborto, emitidas por juízes de todo o Brasil. Estes dados mostram uma notável deficiência dos gineco-obstetras filiados à FEBRASGO quanto ao conhecimento dos preceitos legais que regulam o aborto no Brasil.

Descritores: Aborto. Saúde Pública. Lei.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

R.A.M

ARAÚJO DSC¹, RABELO JEF¹, SALES TBL¹, BARBOSA IJF²

Hipertensão arterial é a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos, medida em repouso de quinze minutos e confirmada em três vezes consecutivas e em várias visitas médicas. A pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que, quando não tratada e controlada adequadamente, pode levar a complicações que podem atingir outros órgãos e sistemas. No sistema nervoso central podem ocorrer infartos, hemorragia e encefalopatia hipertensiva. No coração, pode ocorrer cardiopatia isquêmica (angina), insuficiência cardíaca, aumento do coração e, em alguns casos, morte súbita. Nos pacientes com insuficiência renal crônica associada, sempre ocorre nefrosclerose. No sistema vascular, podem ocorrer entupimentos e obstruções das artérias carótidas, aneurisma de aorta e doença vascular periférica dos membros inferiores. No sistema visual, há retinopatia que reduz muito a visão dos pacientes. Quando uma artéria coronária está contraída ou obstruída, parcial ou totalmente, ocorre o infarto do miocárdio, que se dá quando o suprimento de sangue a uma parte do músculo cardíaco é reduzido ou cortado totalmente. Em caso de infarto do miocárdio, o paciente deve passar por uma revascularização do miocárdio. A maioria dos estudos relaciona o estresse à hipertensão e às doenças do coração. Além disso, álcool e fumo também são fatores de risco. Num fumante, o risco de um ataque cardíaco é duas vezes maior do que num não fumante.

Descritores: Hipertensão. Coração. Fatores de Risco.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

DOENÇA DE ALZHEIMER

CORREIA IID¹, COSTA IF¹, COSTA LF¹, MUNIZ VM²

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença neuro-degenerativa, progressiva, que compromete o cérebro, causando diminuição da memória, dificuldade no raciocínio e pensamento e alterações comportamentais. Definida por muitos como “mal do século”, “peste negra”, “epidemia silenciosa” etc, a DA é ainda pouco conhecida em nosso meio e tem efeito devastador sobre a família e o doente. Tida como uma doença rara, conhecida erroneamente como “esclerose” pela população em geral, a doença de Alzheimer representa para a comunidade sério ônus social e econômico. A DA pode manifestar-se já a partir dos 40 anos de idade, sendo que, a partir dos 60, sua incidência se intensifica de forma exponencial. Nos EUA, 70 a 80% dos pacientes são tratados em seus domicílios, demonstrando com clareza a importância da orientação para a família nas questões relativas aos cuidados e gerenciamento desses pacientes. O restante dos doentes está sob os cuidados de clínicas especializadas. 60% dos residentes em asilos apresentam alguma forma de demência. A doença de Alzheimer não afeta apenas o paciente, mas também as pessoas que lhe são próximas. A família deve se preparar para uma sobrecarga muito grande em termos emocionais, físicos e financeiros. Também deve se organizar com um plano de atenção ao familiar doente, em que se incluam além da supervisão sócio-familiar, os cuidados gerais, sem esquecer os cuidados médicos e as visitas regulares ao mesmo, que ajudará a monitorar as condições da pessoa doente, verificando se existem outros problemas de saúde que precisem ser tratados.

Descritores: Doença de Alzheimer. Doença Neuro-Degenerativa. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ASMA

SOUZA CTL¹, BOAS DTV¹, ALMEIDA DN¹, CRISPIM FHF¹, AZEVEDO EAFL¹,
MEDEIROS AC²

A Asma, uma doença crônica caracterizada pela inflamação dos pulmões, afeta cerca de 10% da população mundial. O termo “Asma” deriva de um equivalente grego que significa "arfante". O distúrbio pode ser desencadeado por exercício, alergias, baixas temperaturas, infecções ou estresse. Apesar de ainda não existir uma cura para o problema, é possível obter um bom controle na maioria dos casos. Caracteristicamente à doença, os sintomas aparecem de forma cíclica com períodos de piora. Dentre os principais sinais e sintomas, estão a tosse, que pode ou não estar acompanhada de alguma expectoração, dificuldade respiratória, com dor ou ardência no peito, além de presença de sibilos. A asma pode ser do tipo intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave. O diagnóstico feito é baseado nos sinais e sintomas que surgem de maneira repetida e que são referidos pelo paciente. Para se tratar a asma, a pessoa deve ter certos cuidados com o ambiente, principalmente na sua casa e no trabalho, além de usar medicações e manter consultas médicas regulares. Os principais fármacos usados são os broncodilatadores e anti-inflamatórios, sendo os anticorticoides inalatórios a melhor conduta para combater a inflamação.

Descritores: Asma. Sintomas. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

DENGUE HEMORRÁGICA

HERCULANO AR¹, CRUZ AP¹, SILVA AMB¹, NUNES RJA¹, SILVA WH¹, MEDEIROS AC²

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda, causada por um vírus da família *Flaviridae* e é transmitida através do mosquito *Aedes Aegypti*, também infectado pelo vírus. Atualmente, a dengue é considerada um dos principais problemas de saúde pública de todo o mundo. Em todo o mundo, existem quatro tipos de dengue, já que o vírus causador da doença possui quatro sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. A forma que mais preocupa é a Dengue Hemorrágica, que costuma ter os mesmos sintomas da dengue clássica, como febre alta, náuseas e vômitos, mialgias e artralgias. Os fenômenos hemorrágicos surgem no segundo ou terceiro dia de doença, com petéquias na face, véu palatino, axilas e extremidades. Podem ocorrer púrpuras e grandes equimoses na pele, epistaxes, gengivorragias, metrorragias, e hemorragias digestivas moderadas. Ao exame físico, observa-se fígado palpável e doloroso 2 a 4 cm abaixo do rebordo costal. Esplenomegalia é observada em alguns casos. A presença de hepatomegalia, hematêmese e dor abdominal indicam mal prognóstico, com provável evolução para o choque. O choque caracteriza-se por uma grande queda ou ausência de pressão arterial. A pessoa acometida pela doença apresenta um pulso quase imperceptível, inquietação, palidez e perda de consciência. Neste tipo de apresentação da doença, há registros de várias complicações, como alterações neurológicas, problemas cardiorrespiratórios, insuficiência hepática, hemorragia digestiva e derrame pleural. O diagnóstico é feito clinicamente. As pessoas em áreas endêmicas que têm sintomas, como febre alta, devem consultar um médico para fazer análises. O diagnóstico normalmente é feito por isolamento viral através de inoculação de soro sanguíneo (IVIS) em culturas celulares ou por sorologia. Esse procedimento é essencial para saber se o paciente é portador do vírus da dengue. A definição da Organização Mundial de Saúde de febre hemorrágica de dengue tem sido usada desde 1975. Todos os quatro critérios devem ser preenchidos: febre, tendência hemorrágica (teste de torniquete positivo, contusões espontâneas, sangramento da mucosa, vômito de sangue ou diarreia sanguinolenta), trombocitopenia, evidência de vazamento plasmático (hematócrito mais de 20% maior do que o esperado ou queda no hematócrito de 20% ou mais da linha de base após fluido IV, derrame pleural, ascite, hipoproteinemia). Assegurar hidratação, aliviar os sintomas, como dor, febre e vômitos, tranquilizar o paciente, vigiar e prevenir as eventuais complicações e tratá-las precocemente. Usa-se antipiréticos e analgésicos, evitando o uso de aspirina e fármacos anti-inflamatórios não esteroides, protegendo, assim, a função plaquetária, repouso, alimentação.

Descritores: Dengue. *Aedes Aegypti*. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DO DIABETES

FEITOSA DC¹, COSME ERR¹, SEGUNDO CAAO¹, CRUZ TB¹, AMORIM JM²

O diabetes mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de desordens metabólicas dos carboidratos, lipídios e proteínas, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. A disfunção das células pancreáticas e aumento da produção endógena de glicose, induzidas por anormalidades genéticas e adquiridas, também pode ser outro fator causador do diabetes. A classificação atual é definida como diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipo de diabetes e diabetes gestacional. Atualmente, constitui em um dos mais sérios problemas de saúde, tanto em números de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. Além disso, a prevalência mundial da doença tem sido um crescimento com proporções epidêmicas, e estima-se que, no ano de 2025, teremos, aproximadamente, 300 milhões de diabéticos no planeta. Os sintomas clássicos de diabetes mellitus é a poliúria, polidipsia e polifagia, que são característicos do diabetes tipo 1; enquanto que no diabetes tipo 2, apresentam-se sintomas inespecíficos como tontura, dificuldade visual, astenia e/ou câimbras, além de disfunção erétil e obesidade. O diagnóstico da doença pode ser feito através de uma avaliação da glicemia de jejum, que é um método mais simples e de menor custo. O teste oral de tolerância à glicose é o método de referência, considerando-se a presença de diabetes ou tolerância à glicose diminuída, quando a glicose plasmática de 2h após a ingestão de 75g de glicose for 200mg/dl ou 140 e <200mg/dl, respectivamente. Quando este teste não puder ser realizado, utiliza-se a medida da glicose plasmática em jejum, considerando-se como diabetes ou glicose alterada em jejum, quando os valores forem 126mg/dl ou 110 e <126mg/dl, respectivamente. Vários fatores do cotidiano estão relacionados com o diabetes. Um exemplo clássico é o sedentarismo, o qual já foi comprovado que a sensibilidade à insulina pode melhorar com o aumento da atividade física, independentemente da redução de peso e de mudanças na composição corporal, e que o principal efeito do exercício pode ser o aumento da expressão de elementos intracelulares da via de sinalização da insulina, em particular dos transportadores de glicose na musculatura esquelética.

Descritores: Diabetes Mellitus. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

A ASMA NA INFÂNCIA

FELLER MC¹, BEZERRA LV¹, PINTO LRM¹, COSTA KVMC²

A asma brônquica, também conhecida como bronquite alérgica, é uma doença pulmonar frequente, que está aumentando em todo o mundo. Esta doença se caracteriza pela inflamação crônica das vias aéreas, o que determina o seu estreitamento, causando dificuldade respiratória. Este estreitamento é reversível e pode ocorrer em decorrência da exposição a diferentes fatores desencadeantes (alterações climáticas, contato com poeira doméstica, mofo, pólen, cheiros fortes, pelos de animais, gripes ou resfriados, fumaça, ingestão de alguns alimentos e medicamentos). A doença parece estar em ascensão, especialmente entre crianças, onde uma em cada 10 tem asma. Caracteristicamente, nesta doença os sintomas aparecem de forma cíclica, com períodos de piora. Dentre os principais sintomas, podemos destacar a tosse (pode ou não estar acompanhada de expectoração), dispneia, sibilos e dor ou aperto no peito. Os sintomas podem aparecer a qualquer momento do dia, mas tendem a predominar pela manhã ou à noite. A asma é a principal causa de tosse crônica em crianças. A inflamação da mucosa brônquica ocasiona limitação ao fluxo aéreo, devido ao aumento do fluxo sanguíneo brônquico, com vasodilatação, congestão e hiper-permeabilidade microvascular com edema e líquido intraluminal, tampões de muco e contração da musculatura lisa peribrônquica. Este conjunto determina a redução do calibre das vias aéreas, causando falta de ar e sibilos. O diagnóstico é feito baseado nos sinais e sintomas que surgem de maneira repetida e que são referidos pelo paciente. No exame físico, o médico poderá constatar a sibilância nos pulmões, principalmente nas exacerbações da doença. Todavia, nos indivíduos que estão fora de crise, o exame físico poderá ser completamente normal. Existem exames complementares que podem auxiliar o médico. Dentre eles, estão a radiografia do tórax, exames de sangue e de pele (para constatar se o paciente é alérgico) e a espirometria, que identifica e quantifica a obstrução ao fluxo de ar. O asmático também poderá fazer uso de um espirômetro, importante para monitorar o curso da doença. Nas exacerbações da asma, o pico de fluxo se reduz. Para se tratar esta doença, a pessoa deve ter certos cuidados com o ambiente, principalmente na sua casa e no trabalho. Pode também usar técnicas fisioterápicas, melhorando o padrão respiratório e deverá também usar medicações (broncodilatadores e anti-inflamatórios) e manter consultas médicas regulares.

Descritores: Asma Brônquica. Dispneia. Bronquite Alérgica.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

GASTROPATIA POR ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDES

ROMA BL¹, LUCENA DP¹, SILVA MCB¹, AMORIM JM²

AINE (anti-inflamatórios não-esteroides) correspondem a um grupo heterogêneo de fármacos com ação antiflogística, analgésica e antitérmica, frequentemente compostos por ácidos orgânicos, cujo protótipo é o ácido acetilsalicílico (AAS). Esses fármacos têm atividades terapêuticas e efeitos colaterais comuns. AINE são usados diariamente por mais de 30 milhões de pessoas em todo mundo, especialmente por aqueles com mais de 60 anos, proporcionando evidentes benefícios na qualidade de vida. Todavia, determinam quebra de barreira mucosa, com conseqüente desguarnecimento do trato digestivo e vulnerabilidade a fatores agressivos. As alterações mais comuns decorrentes dos AINE ocorrem no trato digestivo alto e são úlcera péptica e lesões agudas na mucosa gastroduodenal. Lesões agudas da mucosa do intestino delgado e grosso também são causadas por esses medicamentos. Todas essas alterações decorrem da diminuição da síntese de prostaglandinas, com conseqüente alteração da produção de muco e de bicarbonato, do turnover das células e do fluxo sanguíneo. A síntese de prostaglandinas é diminuída pelos AINES em decorrência da inibição das ciclooxigenases (COX). Pelo menos duas isoformas de COX estão envolvidas na transformação do ácido aracdônico em prostaglandina. A COX1 é enzima presente em todos os tecidos e responsável pelos mecanismos fisiológicos de regulação da barreira mucosa e de controles vascular e renal. A COX2 é enzima indutiva, relacionada ao processo de inflamação, sofrendo aumento em condições patológicas. Não há boa correlação entre a presença e a intensidade das lesões induzidas por AINES e sintomas clínicos, sendo a maioria assintomática até o aparecimento de complicações, como sangramento e perfuração de uma úlcera gástrica ou duodenal. Assim, é necessário identificar subgrupos de usuários de AINES em risco aumentado de complicações gastroduodenais. Alguns fatores de risco estão relacionados à gastropatia por estas drogas: idade acima de 60 anos, história prévia de úlcera, uso concomitante de corticosteroide, altas doses de AINES ou uso de mais de um AINES, administração concomitante de anticoagulantes, tabagismo, etilismo, presença do H. Pylori. No tratamento, pode-se optar pela substituição dos AINES clássicos por o emprego concomitante de misoprostol (400mg/dia) ou omeprazol (20 mg/dia) na prevenção de úlceras gástricas e duodenais. Os bloqueadores dos receptores H2 são capazes de proteger aquela minoria de pacientes que irão desenvolver lesões duodenais, deixando, entretanto, o estômago vulnerável às lesões gástricas, que são as mais frequentes. Importante lembrar que sempre deve ser revista a real necessidade do AINES e, se possível substituí-lo por acetoaminofen, que possui boa propriedade analgésica, mas não anti-inflamatória.

Descritores: Gastropatia. Anti-inflamatórios Não-esteroides. Ácido Acetilsalicílico.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ÚLCERA PÉPTICA

SARMENTO DM¹, FILGUEIRA CG¹, LIMA FS¹, BARBOSA IJF²

Definição: É uma erosão da membrana mucosa, seja do estômago, do piloro ou do duodeno. Sintomas: • Dor; • Queimação; • Náuseas; • Vômitos; • Eructação; • Flatulência; Diagnóstico: Diante de um caso sugestivo de úlcera péptica, existem alguns exames que servem como forma de diagnóstico: • Avaliação por infecção de H Pylori; • Endoscopia Digestiva Alta – esse exame permite a visualização da úlcera e durante ele, é feita a coleta de material de biopsia para análise. A biopsia é importante, para nos casos de úlcera gástrica, haver associação com câncer; • Colonoscopia – Esse exame permite a visualização da mucosa do cólon (intestino grosso); Tratamento: • Fazer três refeições de forma regular; • Evitar tabagismo; • Evitar o uso de bebidas alcoólicas; • Os medicamentos utilizados no tratamento são aqueles que reduzem a produção de ácido pelo estômago, como: Inibidores da bomba de prótons: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol e os bloqueadores H₂: cimetidina, ranitidina, famotidina, entre outros.

Descritores: Úlcera. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

FEBRE HEMORRÁGICA DA DENGUE (FHD)

BARBOSA AAL¹, GADELHA MR¹, SUSIN RR¹, COSTA LRG¹, BATISTA CCNSM¹,
LIRA CMBL²

O vírus da dengue é um arbovírus da família *Flaviviridae*, gênero *Flavivírus*, que inclui quatro tipos imunológicos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. A transmissão se faz pela picada da fêmea contaminada do mosquito *Aedes Aegypti/Aedes albopictus*. Um único mosquito desses, em toda a sua vida (45 dias em média), pode contaminar até 300 pessoas, o que se faz a importância da prevenção. As manifestações clínicas iniciais da dengue hemorrágica são as mesmas descritas nas formas clássicas de dengue. Entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença, quando da defervescência da febre, surgem sinais e sintomas como vômitos importantes, dor abdominal intensa, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, letargia, derrames cavitários (pleural, pericárdico, ascite), que alarmam a possibilidade de evolução do paciente para formas hemorrágicas da doença. Em geral, estes sinais de alarme precedem as manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas (prova do laço positiva), e os sinais de insuficiência circulatória que podem existir na FHD. Isso é decorrente da resposta imune de uma pessoa a um sorotipo, devido à infecção passada já resolvida, são infectadas por outro sorotipo. Os anticorpos produzidos não são específicos, suficientemente, para neutralizar o novo sorotipo, mas ligam-se aos virions, formando complexos que causam danos endoteliais, produzindo hemorragias mais perigosas que as da infecção inicial. A infecção pelo vírus da dengue causa uma doença de amplo espectro clínico, incluindo desde formas inaparentes até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. A análise do caso clínico referente à dengue suscita o quanto é importante a prevenção da dengue, trabalhando primariamente em sua profilaxia, para evitar uma epidemia que pode acometer toda uma sociedade, e como esta pode culminar em uma doença perigosa.

Descritores: *Flaviviridae*. Arbovírus. *Aedes Aegypti*.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

INTOXICAÇÃO POR CARBAMATOS

VAZ JB¹, QUEIROZ KL¹, OLIVEIRA LP¹, ROCHA MM¹, BELTRÃO MF¹, A LIRA CMBL²

Os carbamatos são inibidores da colinesterase, impedindo a inativação da acetilcolina, permitindo, assim, a ação mais intensa e prolongada do mediador químico nas sinapses colinérgicas, a nível de membrana pós-sináptica. A acetilcolina é sintetizada no neurônio a partir da acetilcoenzima A e da colina. É inativada por hidrólise sob ação da acetilcolinesterase, com formação de colina e ácido acético que, por sua vez, são reutilizados para formação da acetilcolina. A acetilcolina é o mediador químico necessário para transmissão do impulso nervoso em todas as fibras pré-ganglionares do SNA, todas as fibras parassimpáticas pós-ganglionares e algumas fibras simpáticas pós-ganglionares. Ainda é o transmissor neuro-humoral do nervo motor do músculo estriado (placa mioneural) e algumas sinapses interneurais do SNC. Para que haja a transmissão sináptica, é necessário que a acetilcolina seja liberada na fenda sináptica e se ligue a um receptor pós-sináptico. Em seguida, a Ach disponível é hidrolizada pela acetilcolinesterase. Com a inibição desta enzima, ocorre o acúmulo de acetilcolina, o que irá causar uma interferência no transporte de substâncias que promovem os estímulos do Sistema Nervoso Central, ocorrendo hemorragia interna intensa, convulsões violentíssimas em praticamente todos os órgãos internos. O tratamento é feito pela administração de atropina, um bloqueador muscarínico, além de uma hidratação venosa com solução de ringer lactato e uma lavagem gástrica.

Descritores: Intoxicação. Carbamatos. Acetilcolina.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO

COELHO ANM¹, LIMA MSPR¹, NETO DMP¹, SILVA NETO YR¹, SOUZA NAB²

A Hipertensão Arterial, mais conhecida como “Pressão Alta”, pode ser encarada como uma doença ou como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças do coração, pois, na grande maioria das vezes, não provoca sintomas ou os sintomas são gerais (podem ocorrer em qualquer doença), como dores de cabeça, tonturas, mal-estar. O diagnóstico da hipertensão arterial é estabelecido pelo encontro de níveis tensionais acima dos limites superiores da normalidade (140/90 mmHg), quando a pressão arterial é determinada através de metodologia adequada e em condições apropriadas.

Descritores: Hipertensão. Pressão Arterial. Diagnóstico.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

EFEITOS POSITIVOS DO AAS NO PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

GUEDES BAW¹, MOURA JT¹, GRAVATÁ MGG¹, VALE RP¹, CARVALHO FILHO RCT¹, BARBOSA IJF²

O acúmulo de substâncias gordurosas nas paredes internas das artérias coronárias, aquelas que irrigam o miocárdio, causa o estreitamento delas, limitando, assim, o suprimento de sangue rico em oxigênio para o miocárdio, podendo causar angina (dor no peito) ou aumentar o risco de sofrer um enfarto. O objetivo do nosso trabalho é informar os efeitos positivos do AAS no pós-operatório da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. A cirurgia de revascularização do miocárdio, ou popularmente chamada de cirurgia de ponte de safena, é indicada para pacientes que têm algum comprometimento da irrigação cardíaca, isquemia, por obstrução dessas artérias coronárias. Nessa cirurgia, utiliza-se uma parte da veia safena magna da perna como enxerto para desviar sangue da aorta para as artérias coronárias. Também são utilizadas as artérias torácica interna esquerda, torácica interna direita, radial, ulnar, gastroepiploica, epigástrica inferior e veia safena magna. Cerca de 10% das pontes de safena são obstruídas nas primeiras semanas, se não se iniciar precocemente a terapia antiplaquetária com ácido acetilsalicílico, o AAS, ou o AINE. O AAS inibe a enzima ciclooxigenase, que é a enzima responsável pela formação da prostaglandina primária, a PGH₂. Essa prostaglandina primária com a ação de enzimas específicas, como a prostaciclina sintetase, isomerase e a tromboxano sintetase, formar-se-ão as prostaglandinas da série dois, de ação antiplaquetária.

Descritores: Miocárdio. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

IDADE MATERNA AVANÇADA E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS

FRAZÃO CKP¹, BARROCA JL¹, MONTEIRO MM¹, LEITE NB¹, FONTES WGS¹, MUNIZ VM²

As malformações congênitas são todas as anomalias funcionais ou estruturais do desenvolvimento fetal decorrentes de fatores originados anteriormente ao nascimento, de causas genética, ambiental ou desconhecida. O objetivo desta pesquisa é apresentar a correlação existente entre idade materna avançada e anomalias cromossômicas nos embriões. Levantamento bibliográfico acerca da relação da predisposição à gestação de crianças com síndrome de Down em mulheres com idade elevada, uma vez que seus ovócitos estão relativamente envelhecidos, resultando na formação de gametas com mais ou menos material genético. A mulher de faixa etária avançada está mais predisposta a desenvolver embriões com malformações congênitas.

Descritores: Malformações Congênitas. Anomalias Funcionais. Mulher.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

CARACTERÍSTICAS DO MAL DE ALZHEIMER

SILVA AP¹, VIEIRA GLB¹, SILVA R¹, ABRANTES RG¹, VIEIRA GC²

O Mal de Alzheimer é considerado a doença do século por afetar o sistema nervoso central. Geralmente, o sintoma só aparece após os 55 anos de idade. Ela causa comprometimento das funções intelectual, afeta a memória, a linguagem, o comportamento e o humor das pessoas. Os fatores de risco do Mal de Alzheimer incluem idade, gênero feminino, trauma na cabeça e história familiar. Esta provoca a perda da memória e disfunção cortical, conseqüentemente, em cinco a dez anos; a pessoa se torna profundamente incapacitado, mudo e imóvel. A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, ainda difícil de diagnosticar com precisão sem o uso de técnicas invasivas, particularmente no começo da doença.

Descritores: Alzheimer. Demência. Idade.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

HIPERTIREOIDISMO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

FARIAS TF¹, ROBERTA¹, SANTOS N¹, AMORIM JM²

O Hipertireoidismo compreende-se como um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do excesso de hormônios T3 e T4, da tireoide. Esta doença possui como principal causa a doença de Graves (doença autoimune) que, por sua vez, caracteriza-se clinicamente pela presença do bócio e pela tireotoxicose (exposição tecidual ao excesso hormonal). Os principais sintomas do hipertireoidismo incluem, além dos dois citados anteriormente, fraqueza, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, pele quente e sedosa, exoftalmia, hiperfagia, emagrecimento, arritmias cardíacas, insônia, entre muitos outros. Todos estes são decorrentes do aumento da taxa metabólica, causada pela secreção exagerada de T3 e T4 pela glândula. O diagnóstico desta patologia vai desde uma anamnese detalhada e um completo exame físico, até exames laboratoriais de dosagem de TSH (hormônio estimulador da tireoide) e análise das concentrações séricas de T3 e T4 livre. O tratamento do Hipertireoidismo pode ser realizado a partir da administração medicamentosa ou por procedimentos cirúrgicos. Os medicamentos mais usados são os antitireoidianos, que agem diminuindo a produção dos hormônios da tireoide. Os principais deste tipo são o metimazol e o propiltiouracil, usados nos casos de doença de Graves. Outro tipo inclui os betabloqueadores que agem controlando muitas das manifestações do Hipertireoidismo. Quando as medicações não surtem mais efeito, no âmbito do controle das manifestações clínicas, o paciente é encaminhado a um tratamento definitivo, através de procedimento cirúrgico (remoção parcial ou total da glândula) ou de tratamento radioativo (iodo radioativo). A retirada da glândula só é indicada em último caso, quando nenhum dos outros tipos de terapêutica surte efeito efetivo. Portanto, o mais utilizado, atualmente, é o uso da radiação, possuindo um baixo custo e pouco tempo despendido, apesar de não existir um consenso sobre a melhor forma de administração do iodo radioativo, existindo, assim, vários esquemas terapêuticos. O hipertireoidismo é mais comum em mulheres, geralmente, na faixa entre os 20 e os 40 anos. Os sintomas podem ser assustadores, principalmente se a pessoa afetada não tem ideia do que está acontecendo a ela.

Descritores: Hipertireoidismo. Tireoide. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

COSTA AGC¹, CARVALHO BM¹, DANTAS JLV¹, FERNANDES SEF¹, THAÍSA DE BARROS COSTA¹, RIBEIRO LR²

A hipertensão arterial é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno. É caracterizada pelo aumento da pressão arterial, aferida com esfigmomanômetro ("aparelho de pressão"), tendo como causas a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse e outras. A sua incidência aumenta com a idade. É considerada uma doença silenciosa, pois, na maioria dos casos, não são observados quaisquer sintomas no paciente. O diagnóstico é realizado através de um esfigmomanômetro e um estetoscópio, equipamentos utilizados para aferir a pressão arterial. O tratamento é baseado quer na reformulação de hábitos de vida, quer em medicação, permitindo ao paciente uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Hipertensão Arterial. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

ASMA BRÔNQUICA: INSPIRE VIDA!

PEREIRA AGS¹, FONSECA MU¹, OITICICA RMB¹, SOLANO JBK¹, CAMPOS ML¹,
SANTOS MFO²

A fisiopatologia da Asma Brônquica é explicada através de um desequilíbrio nos receptores beta-adrenérgicos da mucosa brônquica. Os leucócitos de pacientes asmáticos têm mais facilidade na liberação de substâncias, que acabam produzindo a constrição dos vasos que constituem os brônquios, em resposta a estímulos exteriores específicos, como exemplo: odores, mudanças de temperatura, fumo, inalantes ambientais, pelos de animais, drogas, exercícios físicos, estresse e ansiedade entre outros. A Asma Brônquica trata-se de uma doença crônica. As pesquisas mais recentes acerca da doença podem verificar uma relativa deficiência quanto ao tratamento com esteroides e catecolaminas, como a epinefrina e norepinefrina no organismo de asmáticos, fazendo com que não ocorra a estimulação dos receptores beta-adrenérgicos nos alvéolos, favorecendo assim a bronconstrição. Nesses pacientes, a estimulação desses receptores ocorre de forma anômala, levando a uma disfunção crônica. No momento da crise, as células das vias respiratórias secretam mais muco que o normal, este muco é espesso e tende a obstruir as vias aéreas. O neuropeptídeo (substância P) é liberado por terminações nervosas na mucosa brônquica. As vias respiratórias tendem a inflamar-se. Os receptores beta-2 da mucosa brônquica seriam estimulados de forma anormal. Os músculos das vias respiratórias se contraem, principalmente os esfíncteres dos brônquios. Estas alterações acabam por causar o estreitamento das vias respiratórias, o que dificulta a respiração. O diagnóstico clínico é obtido através da observação de um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã, e com a melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, anti-inflamatórios esteroides). O tratamento para asmáticos deve focalizar de forma especial na redução da inflamação, evitando-se o contato com alérgenos e enfatizando o uso precoce de agentes anti-inflamatórios, os quais protegem os indivíduos da progressiva perda da função pulmonar.

Descritores: Broncodilatação. Inflamação. Alérgenos.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

EFEITOS TERATOGÊNICOS NA GRAVIDEZ

ARAÚJO ATM¹, BARROS BG¹, COUTO FILHO JWR¹, ALMEIDA LS¹, AMORIM MLAM²

O aborto é um método muito antigo de controle de natalidade, porém, é um método proibido em quase toda a América Latina, o que não impede a sua prática no Brasil, com número próximo a meio milhão por ano. No Brasil, essa prática do aborto é, principalmente, feito por meios de chás, infusões de plantas medicinais, além de medicamento, que mesmo com a venda proibida no Brasil é conseguida ilegalmente, como no caso do misoprostol. Diversas plantas e classes medicamentosas que podem induzir uma má formação congênita como o absinto. Todas estas substâncias têm que ser tomadas em grande quantidade para que ocorra o aborto. O risco de abortar é tão grande como o de morrer. Glicocorticoides: Os glicocorticoides são uma classe de hormônios esteroides, caracterizados pela habilidade de se ligar com o receptor de cortisol e desencadear efeitos similares, resultando na fenda palatina. Fazem parte da classe de glicocorticoides: Hidrocortisona, Cortisona, Dexametasona, Prednisona. Antieplépticos das drogas mais comumente utilizadas como fenobarbital, fenitoína, carbamazepina e Valproato de Sódio. Sabe-se que todas possuem teratogenicidade, com especial atenção para esta última. As alterações teratogênicas mais marcantes e constantes foram as anomalias craniofaciais como estreitamento bifrontal, trigonocefalia, pregas epicantais e hipoplasia de região malar. Tratamento de distúrbios gastrointestinais: O misoprostol, análogo sintético da prostaglandina. Com o nome de Cytotec. Embora licenciado para o tratamento de úlcera gástrica e duodenal, logo ganhou popularidade como abortifaciente. Apesar de possuir um efeito grandioso sobre a proteção do estômago e prevenção de ulcerações gástricas a nível uterino induz fortes contrações no endométrio materno, que induzem a expulsão do feto. Conforme o exposto, o uso indiscriminado desses medicamentos e chás, quando não levam as gestantes ao óbito, levam a aparições de anomalias ao feto e, assim, podemos concluir que é desaconselhável a utilização desses recursos, em especial durante o primeiro trimestre de gestação, quando ocorre a formação dos principais sistemas fetais.

Descritores: Aborto. Gravidez. Efeitos Teratogênicos.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

DIABETES MELLITUS

DANIEL G¹, SEGUNDO AUGUSTO J¹, FERNANDO L¹, MATEUS M¹, ARRUDA GR¹,
NÓBREGA MSG²

Em condições normais, ao ser secretada, a insulina se liga a receptores inseridos na membrana das células insulino-dependentes. O receptor insulínico é formado por uma subunidade extracelular e uma subunidade intracelular. Quando esse mecanismo é defeituoso, causa o Diabetes Mellitus, que pode acontecer pela não produção de insulina pelo pâncreas (DM tipo I) ou pelo não reconhecimento da mesma pelas células (DM tipo II). O Diabetes Mellitus Tipo 1, ou insulino-dependente, é uma doença metabólica autoimune de etiologia desconhecida, na qual fatores genéticos e ambientais exercem papel relevante no desencadeamento da doença. A doença afeta indivíduos geneticamente suscetíveis e se manifesta, clinicamente, quando ocorre uma destruição significativa das células beta pancreáticas, levando a uma rigorosa insulinopenia. O diabetes Mellitus tipo 2, também chamado diabetes não-insulino-dependente, é uma alteração comum, que afeta o metabolismo dos açúcares em nosso corpo. Indiretamente, o metabolismo das gorduras e proteínas também é afetado, pois estes nutrientes são fontes de glicose (açúcar), que é o combustível mais básico para o nosso corpo. A principal característica do diabetes é a hiperglicemia (nível alto de açúcar no sangue). Acontece quando as células do organismo vão, progressivamente, tornando-se resistentes à insulina, perdendo a capacidade de absorvê-la. Os sintomas relacionados aos dois tipos do Diabetes Mellitus são semelhantes: Hiperglicemia, poliúria, polifagia, polidipsia, glicosúria etc. Na suspeita de diabetes, são realizados alguns exames como: glicemia de jejum, hemoglobina glicada, entre outros, com o objetivo de observar a quantidade de glicose. Além disso, podem-se encontrar alterações no exame de urina, como a presença de glicose (que normalmente não é excretada na urina) ou de corpos cetônicos (produtos resultantes da quebra de ácidos graxos, utilizados para fornecer energia a certas partes do corpo). No momento, não há nenhum exame preventivo que seja útil para rastrear ou avaliar com antecedência a possibilidade de uma determinada pessoa desenvolver o diabetes tipo 1. O diagnóstico é feito apenas após o aumento da glicemia - ou seja, depois que a doença já está instalada. O tratamento começa com a redução do peso através da dieta e dos exercícios físicos. Uma dieta saudável para uma pessoa com diabetes é pobre em açúcares, calorias e em colesterol; é equilibrada do ponto de vista nutricional; rica em óleos monoinsaturados, frutas, legumes e grãos. Além disso, em alguns casos, são necessárias aplicações de insulina.

Descritores: Diabetes Mellitus. Doença autoimune. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

HIPERTIREOIDISMO

CORDEIRO EFC¹, GOMES TM¹, ANDRADE RKB¹, MORAIS NETO MM¹, LACERDA TC¹, AMORIM POM²

O hipertireoidismo resulta da exposição contínua do organismo a altas concentrações de hormônios tireoidianos. A causa mais frequente do hipertireoidismo é a doença de Graves, que também está incluída dentro das doenças autoimunes. Os sinais e sintomas mais frequentes de hipertireoidismo são nervosismo, aumento da sudorese, intolerância ao calor, palpitações, cansaço, perda de peso, diarreia, tremores, exoftalmia (olhos saltados), entre outros. Estes sintomas podem aparecer nos pacientes que estão recebendo superdosagem de hormônios tireoideanos levotiroxina (T4) ou tri-iodotironina (T3). Seu diagnóstico é feito através de anamnese clínica e dosagem dos hormônios tireoidianos, e seu tratamento pode ser medicamentoso (antitireoidianos, betabloqueadores) ou definitivo (cirurgia ou tratamento à base de iodo radioativo).

Descritores: Hipertireoidismo. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

DOENÇA DE ALZHEIMER

DINIZ NETO ES¹, DANTAS BPAS¹, ALVES KRA¹, SILVA RRCM¹, NÓBREGA OMW¹,
AMORIM POM²

A doença de Alzheimer é uma doença do cérebro, degenerativa, isto é, que produz atrofia progressiva, com início mais frequente após os 65 anos. Produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar, memorizar, que afeta as áreas da linguagem e produz alterações no comportamento. Os principais fatores de desenvolvimento são aspectos químicos, ambientais, infecciosos e predisposição genética.

Descritores: Doença de Alzheimer. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.

TETRALOGIA DE FALLOT

CAVALCANTI CH¹, NETO FPS¹, CARVALHO HNQ¹, SILVA RRCM¹, ALVES LML¹,
SOUZA NAB²

A Tetralogia de Fallot é classificada como um defeito cardíaco cianótico, pois o distúrbio resulta em sangue insuficientemente oxigenado bombeado para o corpo, o que leva a uma cianose e falta de ar. A forma clássica de Tetralogia inclui 4 defeitos dentro das estruturas do coração: defeito do septo ventricular (orifício entre os ventrículos direito e esquerdo), estreitamento da válvula pulmonar (do pulmão), aorta deslocada e parede espessa do ventrículo direito. Há um fluxo de sangue não oxigenado na circulação geral e uma diminuição do fluxo de sangue para os pulmões, o que compõe o distúrbio cianótico. Ao nascer, a criança não mostra sinais de cianose, mas pode desenvolver, mais tarde, episódios de pele azulada ao chorar ou ao se alimentar. A Tetralogia de Fallot ocorre em, aproximadamente, 50 em cada 100.000 crianças. É a segunda causa mais comum de doença cardíaca cianótica em crianças.

Descritores: Doença de Alzheimer. Diagnóstico. Tratamento.

1 Acadêmicos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

2 Docente e Tutora do Curso de graduação da FAMENE.