FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28/12/2007,
publicada no DOU de 31/12/2007, página 36, seção 1.

ANAIS DA

XXII MOSTRA DE TUTORIA DA FAMENE
2019.1

15 a 17 de Maio de 2019
ISSN 21756171

MARIA DO SOCORRO GADELHA NÓBREGA
Coordenadora do Evento

JOAO PESSOA/PB
2019

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR
PRESIDENTE DA ENTIDADE MANTENEDORA DAS FACULDADES
Prof.ª. Kátia Maria Santiago Silveira

VICE-PRESIDENTE DA ENTIDADE MANTENEDORA DAS FACULDADES
Adm. Eitel Santiago Silveira

DIRETORA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE
Prof.ª. Kátia Maria Santiago Silveira

COORDENADORA DO EVENTO
Prof.ª. Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

COMISSÃO ORGANIZADORA
Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca
Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim

COMISSÃO CIENTÍFICA DO EVENTO
Ana Karina Holanda Leite Maia
Ana Paula Nascimento Silva Dias
Carolina Uchôa Guerra Barbosa de Lima
Clélia de Alencar Xavier Mota
Cibelle Cabral David
Felipe Brandão dos Santos Oliveira
Hermann Ferreira Costa
Homero Perazzo Barbosa
Iara Medeiros de Araújo
Ideltônio José Feitosa Barbosa
Juliana Machado Amorim
Luzia Sandra Moura Moreira
Maria Alinete Moreira de Menezes
Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão
Marina Tavares Costa Nóbrega
Marcos Antônio Alves De Medeiros
Maria do Socorro Vieira Pereira
Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim
Raphael Batista da Nóbrega
Solidônio Arruda Sobreira
Tânia Regina Ferreira Cavalcanti
Thales Henrique de Araújo Sales
Valéria Cristina Silva de Oliveira
Weruskha Abrantes Soares Barbosa

---

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

Estamos trazendo nestes Anais a divulgação dos trabalhos apresentados na XXII Mostra de Tutoria da Famene 2019.1 Este evento constituiu-se um espaço privilegiado para a troca de informações e experiências na área médica, em muito contribuindo para a formação acadêmica dos discentes.

O conteúdo dos resumos é exclusivamente de responsabilidade dos autores.

João Pessoa, 18 de maio de 2019.

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PÔSTER DIALOGADO

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

EFEITOS DA NICOTINA NO TRATAMENTO DO PARKINSON
(Trabalho Premiado P1)

ANNA KAROLLYNE RAMALHO LOPES DE MEDEIROS[1]; CLARA JÉSSICA DA COSTA E SILVA[1]; FRANCIMAR ALVES DE OLIVEIRA NETO[1]; MARIA CLARA TELES DE SOUZA[1]; MAXSUEL PEREIRA DO NASCIMENTO[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A nicotina é um alcaloide (composto orgânico nitrogenado presente em plantas e fungos) caracterizado por ser uma droga psicotrópica que constitui o princípio ativo do tabaco. Ela possui uma importante função fisiológica ao se ligar a receptores colinérgicos nicotínicos, os quais estão presentes nos gânglios autônomos e sistema nervoso central. Além disso, atua nas vias neuroquímicas, em diferentes receptores da medula adrenal e na junção neuromuscular. Diante de uma revisão literária, o presente trabalho tem por objetivo demonstrar os efeitos da nicotina no tratamento do Parkinson. Para isso, foram analisados artigos científicos da Scielo, e os livros Nicotina: droga universal e Neuroanatomia funcional, que relataram estudos, demonstrando o envolvimento do sistema dopaminérgico na medição e concentração das substâncias químicas no organismo, em que se descobriu a relação direta entre a concentração de dopamina e nicotina. A administração intravenosa de nicotina provoca a liberação de neurotransmissores, como a dopamina, serotonina, vasopressina, beta-endorfina e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), sendo uma substância altamente viciante por ter efeitos estimulantes e tranquilizantes. Concomitantemente, a nicotina possui efeitos farmacológicos pouco divulgados, sendo que, em estudos já realizados, observou-se significância no tratamento de desordens neurogênicas, como na Doença de Parkinson (DP), cujas principais características são a dificuldade de locomoção e a bradicinesia (lentidão dos movimentos), fatores resultantes de baixos níveis de dopamina. A DP, geralmente, manifesta-se em pessoas acima dos 55 anos, nas quais a pars compacta da substância negra do mesencéfalo é danificada, prejudicando a produção de dopamina e, assim, ocasionando episódios de tremores. Nesse contexto, observa-se que o uso da nicotina como um eventual atenuante dessa dificuldade de locomoção tanto favorece a liberação de dopamina, quanto reduz a sua degradação,diminuindo os sintomas da patologia decorrentes da baixa produção desse neurotransmissor. Entretanto, apesar dos efeitos positivos diante da patologia citada, estudos recentes mostraram que, em fumantes crônicos, há uma baixa sensibilidade dos receptores nicotínicos frente ao alcaloide, uma vez que, esses, por estarem em constante contato com a nicotina, acabam necessitando de uma maior concentração da substância, causando a dependência química. Ademais, convém ressalvar que, apesar dos pontos positivos acerca da nicotina, os pacientes com Parkinson não podem estar sujeitos a uma administração crônica desse alcaloide, tendo em vista que há a possibilidade de um efeito contrário e adverso.

DESCRITORES: Nicotina. Parkinson. Dopamina

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

REFLUXO GASTROESOFÁGICO E SUA CORRELAÇÃO COM A HÉRNIA HIATAL

(Trabalho Premiado P2)

MAELY MOREIRA DE ABRANTES[1]; MARIA BEATRIZ PIRES NÓBREGA DE QUEIROZ[1]; RAFAELA RAMALHO CESAR[1]; THALITA DE SÁ LIRA BRAGA E SILVA[1]; IARA MEDEIROS DE ARAÚJO[2]

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma das afecções mais frequentes na prática médica, a qual afeta com prioridade o sistema digestivo alto. É caracterizada por um fluxo retrógrado de conteúdo gastroduodenal para o esôfago terminal e órgãos adjacentes, acarretando uma variável de sintomas e sinais esofágicos ou extra esofágicos, associados ou não a lesões teciduais. Já a hérnia hiatal é uma alteração da junção gastroesofágica caracterizada pelo deslocamento de qualquer estrutura intra-abdominal, geralmente do estômago para a cavidade torácica através do hiato esofágico. O presente trabalho tem por objetivo realizar uma revisão da literatura sobre a relação entre DRGE e hérnia hiatal. Foram utilizados artigos originais na base de dados Scielo, livros e documentos que discorrem sobre o tema trabalhado. Através de estudos realizados observou-se que há uma relação direta ou indireta do tamanho da hérnia hiatal com o grau de esofagite dos pacientes Além disso, a análise também apresentou que incidência de sintomas de refluxo em uma população com hérnia hiatal é bastante baixa, mas há uma prevalência alta de hérnia hiatal em adultos com sintomas de refluxo. Há vários mecanismos pelos quais uma hérnia hiatal pode promover refluxo. Primeiro, a hérnia prejudica o clareamento do ácido gástrico pelo esôfago. Segundo, a hérnia hiatal também pode causar refluxo quando a contração do diafragma crural durante inspiração e outras manobras físicas, conduzindo a uma compartimentalização do estômago entre o EEI e o diafragma. Subsequentemente, o ácido recolhido no saco herniário pode fluir no esôfago pelo EEI, através da abertura forçada pela pressão intrapleural negativa. Terceiro, uma hérnia hiatal grande causa um alargamento do hiato esofágico que pode prejudicar a habilidade do diafragma em funcionar como um esfíncter. Finalmente, em pacientes com hérnias hiatais a ausência do mecanismo de ponta-válvula e a perda de uma porção de intra-abdominal do esôfago poderiam ser fatores importantes que contribuem para refluxo. A partir disso, podemos concluir que presença de hérnia hiatal em pacientes com DRGE foi um fator importante para o achado de esofagite de refluxo, aumentando substancialmente o risco de desenvolvimento dessas complicações da DRGE.

DESCRITORES: Refluxo gastroesofágico. Hérnia hiatal. Esôfago

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DE CHAGAS: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DIFERENCIAL PARA CONFIRMAÇÃO DE TESTES EM HEMOCENTROS

(Trabalho Premiado P3)

FILLIPE VIEIRA DE MENESES[1]; JULIANA ALMEIDA LIMA[1]; NATÁLIA DO NASCIMENTO LIMA[1]; PÉRICLES DAVIDSON ALBUQUERQUE[1]; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA[2]

Introdução: Doença de Chagas é uma enfermidade fatal e silenciosa; ocorre no Brasil, em uma população de aproximadamente quatro milhões de indivíduos e mais de 28 milhões de pessoas possuem risco de contaminação. A transmissão direta do Trypanosoma Cruzi através da transfusão sanguínea ocorre em parcela menor, mas não pouco significativa, e está relacionada à qualidade do sistema de saúde e aos fatores de migração interna, que progressivamente carreiam doadores infectados para os centros urbanos, onde ocorrem as transfusões de sangue. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, pautando-se na publicação de referências encontradas em artigos indexados em base de dados e revistas científicas. O estudo tem como objetivo realizar uma revisão sobre os aspectos da abordagem diagnóstica diferencial para confirmação de testes em hemocentros da patologia. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Libray Online, das plataformas PubMed e BVS. Datam entre o intervalo anual de 2003 a 2016, utilizando-se descritores: doença de Chagas; diagnóstico diferencial; testes em hemocentros. Resultados e Discussões: A triagem sorológica para doença é obrigatória no Brasil desde 1969, aliada ao desenvolvimento de métodos para detecção de anticorpos anti-T. cruzi mais sensíveis, permitiram a diminuição da transmissão transfusional desta doença. No entanto, os resultados positivos ou indeterminados/inconclusivos e a discordância entre testes aumentaram, representando um grande desafio para os hemocentros. Outro desafio está relacionado à reinclusão de indivíduos não negativos em triagens prévias como potenciais doadores. Resultados falso-positivos e inconclusivos promovem o descarte desnecessário de bolsas de sangue, além de rotular pessoas saudáveis como portadoras de Chagas. Assim, verifica-se a necessidade de desenvolver métodos capazes de distinguir com segurança resultados positivos verdadeiros dos falsos, além de resolver os resultados indeterminados. Neste contexto, o FC-TRIPLEX-IgG1 se apresenta como um método confirmatório inovador para o diagnóstico diferencial da doença de Chagas, utilizando citometria de fluxo. Considerações finais: O método FC-TRIPLEX-IgG1 é uma ferramenta promissora, de alta especificidade e desempenho, que possui aplicação em hemocentros para auxiliar no esclarecimento diagnóstico de resultados indeterminados/inconclusivos na triagem sorológica para doença de Chagas e na monitoração sorológica periódica de indivíduos com precedente de não negatividade, visando sua exclusão ou reinclusão como possível doador.

DESCRITORES: Doença de chagas. Diagnóstico diferencial. Hemocentros

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENFISEMA PULMONAR: CONHECER, PARA PREVENIR!

BRUNA LIMA DANTAS DE MORAES[1]; JOSÉ ANÍBAL COSTA MARCOLINO FILHO[1]; RENATA CAROLINA ALVES DA SILVA[1]; WERUSKHA ABRANTES SOARES BARBOSA[2]

O enfisema pulmonar é uma doença respiratória grave que geralmente se desenvolve nos pulmões de quem fumou cigarro por muitos anos, contudo, outros agentes como (poeira, vapores químicos) podem provocá-lo. A patologia acarreta diminuição da elasticidade dos pulmões pelo fato de ocasionar destruição dos alvéolos pulmonares, estruturas responsáveis pelas trocas gasosas entre o corpo e o meio externo. O objetivo do trabalho é compreender os caminhos que levam a enfermidade e a metodologia que foi empregada se resume a pesquisas bibliográficas feitas por meio de sites e artigos científicos como o banco de dados da SCIELO e o livro Tratado de Fisiologia Médica de Guyton e Hall. De acordo com os resultados obtidos podemos compreender que a patologia está entre as doenças respiratórias mais frequentes, além de geralmente estarem associadas ao tabagismo e a deficiência de alfa-1-antitripsina. O quadro do paciente geralmente é caracterizado por hiperinsulflação dos pulmões. A inalação prolongada a substâncias do cigarro ou toxinas do ar poluído acarretam uma inflamação crônica do parênquima pulmonar, gerando desequilíbrio entre as proteases e antiproteases do órgão. Portanto, essa discordância gera a destruição da parede elástica do pulmão. Dentre as antielastases, a mais importante é a alfa-1-antitripsina; já os macrófagos e neutrófilos representam as principais elastases que ficam aumentadas no uso prolongado do cigarro. Dessa forma, por se tratar de uma patologia altamente frequente no cenário atual de saúde existe a necessidade de conhecer os caminhos que levam a ela e a partir disso prevenir. Deste modo, o enfisema pulmonar é uma enfermidade que desperta o interesse não só dos acadêmicos de medicina, mas também da população de um modo geral.

DESCRITORES: Enfisema Pulmonar. Alvéolos Pulmonares. Cigarro

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ESOFAGITE: UMA COMPLICAÇÃO DECORRENTE DA HÉRNIA HIATAL

FRANCISCO HAROLDO RODRIGUES PAIVA NETO; MARIA CAMILA ALVES DE OLIVEIRA; PAULA CELYANNE DE MELO; WERUSKHA ABRANTES SOARES[2]

A hérnia de hiato é causada por uma dilatação do estômago pelo músculo diafragma. O hiato é uma abertura por onde passa o esôfago, estrutura esta que corresponde a um tubo responsável por levar o bolo alimentar até o estômago, sendo este órgão preparado para suportar baixo valor de Ph e onde será realizada a digestão química dos alimentos pelo suco gástrico. Entretanto, quando há um refluxo do suco gástrico pode desencadear um quadro de esofagite, muito comum em casos de hérnia hiatal. Sendo assim, o presente estudo visa apresentar o quadro clínico de hérnia hiatal atrelada à esofagite. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por acadêmicos do 2° período de Medicina da FAMENE. Para realização desse estudo buscou-se o acesso ao banco de dados da SCIELO e BVS. Esofagite é uma inflamação da mucosa do esôfago, um órgão que se desenvolve pelo tórax, anteriormente à coluna vertebral e transporta os alimentos da boca até o estômago. As causas mais comuns da esofagite estão associadas ao retorno ou permanência do conteúdo gástrico no esôfago, cuja mucosa não está preparada para receber substância extremamente irritante (ácida). Dentre estas causas, destaca-se a hérnia de hiato provocada pelo deslocamento da parte superior do estômago dos limites correspondentes à cavidade abdominal para o tórax, através do hiato, isto é, de uma abertura no diafragma por onde passa o esôfago. A doença supracitada tem como principais sintomas a pirose, a regurgitação e a dor torácica. Ainda, vale salientar que esta última pode ser confundida com infarto agudo do miocárdio (IAM). O tratamento da esofagite varia dependendo da sua causa e, se houver infecções, deverão ser usados antibióticos ou antifúngicos. Algumas atitudes comportamentais são aconselháveis, como não deitar-se após as refeições e observar uma dieta adequada, a ser acompanhada pelo nutrólogo ou nutricionista. Com base nas informações obtidas, conclui-se que a Hérnia Hiatal está correlacionada com a causa da esofagite, tendo em vista que essa herniação permite o refluxo do conteúdo gástrico (de caráter ácido), de forma a provocar uma irritação na mucosa esofagiana. Outrossim, tal irritabilidade contribui para o desenvolvimento de lesões e consequente dificuldade no trânsito alimentar da boca para o estômago, agravando o refluxo e os sinais e sintomas de esofagite. Portanto, quanto mais prévio for feito o diagnóstico e introduzido o tratamento para Hérnia Hiatal, maior será a possibilidade de reverter o quadro a fim de evitar complicações como o desenvolvimento da esofagite

DESCRITORES: Esofagite. Hérnia de hiato. Estômago

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

BRENDA GRISI DE ANDRADE; LARA PAIVA DINIZ; MARIA CLARA AZEVEDO BATISTA DE MEDEIROS CARVALHO; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS[2]

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é considerada uma das afecções digestivas de maior prevalência nos países ocidentais, que compromete significativamente a qualidade de vida. Sua incidência no Brasil é de 12%, o que corresponde a 20 milhões de indivíduos, é caracterizada pelo retorno involuntário e repetitivo do conteúdo do estômago para o esôfago, causando azia ou queimação que se origina na boca do estômago, podendo atingir a garganta e dor torácica intensa. O objetivo é atualizar o manuseio da DRGE e as novas tendências no diagnóstico e tratamento, revendo as experiências internacional e brasileira sobre o tema. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por acadêmicos de 2º período de Medicina da FAMENE. Para a realização do estudo buscou-se o acesso aos bancos de dados BVS, PUBMED, SCIELO, o Portal do Ministério da Saúde e livros e texto. Logo, vários fatores estão envolvidos na fisiopatologia da DRGE, sendo o mais importante o relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago. As manifestações clínicas são azia, regurgitação (sintomas típicos), tosse, dor torácica, asma, rouquidão e pigarro (sintomas atípicos), que podem ser seguidos ou não de sintomas típicos. Pacientes com DRGE podem apresentar complicações como estenose péptica, úlcera, hemorragia e esôfago de Barrett, que é o fator predisponente mais importante para adenocarcinoma. O diagnóstico deve ser baseado na anamnese e os sintomas devem ser avaliados em termos de duração, intensidade, frequência, fatores precipitantes e relevância, padrão de evolução e impacto na qualidade de vida do paciente, com muito cuidado, pois os sintomas podem ser confundidos com os de outras doenças, logo o diagnóstico exige confirmação com exames diferentes. O objetivo do tratamento clínico é aliviar os sintomas e o tratamento cirúrgico é indicado para os que necessitam de uso contínuo de drogas, com intolerância ao tratamento clínico prolongado e com complicações. Portanto, a anamnese é fundamental para o diagnóstico de DRGE, com análise especial dos sintomas típicos e atípicos. Endoscopia digestiva alta e pHmetria esofágica são os métodos diagnósticos mais precisos. O tratamento clínico é útil no controle dos sintomas; no entanto, o grande problema é manter os pacientes assintomáticos ao longo do tempo, assim, necessitando da mudança de estilo de vida da parte do paciente, baseada em alimentação adequada. O tratamento cirúrgico é indicado para pacientes que necessitaram o uso contínuo de drogas, intolerantes às drogas e com formas complicadas da DRGE.

DESCRITORES: Gastroesofágico. Diagnóstico. Anamnese

---

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

COMPLICAÇÕES FISIOLÓGICAS POR HERPES DURANTE A GESTAÇÃO

IAN MADRUGA JERÔNIMO[1]; IDALO VERNEY BENÍCIO SILVA SÁ[1]; LINDOERES DE SOUSA ALVES[1]; MYLENA BEATRIZ ALVES DOS SANTOS[1]; OZELITA MARIA ROLIM NUNES[1]; CLÉLIA DE ALENCAR XAVIER MOTA[2]

INTRODUÇÃO: O herpes simples vírus (HSV), mais comumente o HSV-2, está associado a forma genital da doença, responsável por causar desconforto significativo para as mulheres infectadas. Durante a gravidez, no entanto, a grande preocupação acerca da infecção pelo HSV, ocorre em casos de primoinfecção materna referindo-se à morbidade e mortalidade associada à infecção neonatal, pois está intimamente relacionada com complicações fisiológicas podendo desencadear aborto espontâneo, prematuridade, microcefalia, retardo do crescimento intrauterino, herpes congênito e neonatal e óbito fetal. OBJETIVO: realizar uma revisão literária sobre as complicações fisiológicas relacionas aos casos de herpes, sobretudo nos fetos e recém-nascidos, tendo em vista que pode desencadear graves consequências. METODOLOGIA: Foi realizado um levantamento em livros e artigos originais na base de dados Scielo, publicados em língua portuguesa, desde o ano de 2016 até a presente data. Os descritores utilizados na pesquisa foram ‘’Herpes Simples’’, ‘’Gestantes’’ e ‘’Recém-nascido’’. RESULTADOS: O HSV é transmitido a um recém-nascido com mais frequência durante o parto, pelo aparelho genital materno infectado, porém pode ser causado por uma infecção ascendente através de membranas amnióticas rotas ou intactas. Manifestações precoces podem ser sutis e inespecíficas. As manifestações cutâneas são os primeiros sinais visíveis em aproximadamente dois terços dos RN infectados pelo vírus. O HSV neonatal pode mimetizar outras doenças, incluindo bacterioses (sepse ou meningite) e viroses, particularmente enterovírus. Segundo FERNANDES (2019), estima-se que a incidência de infecção por HSV neonatal esteja entre 1 em 3000 a 1 em 20.000 nascidos vivos. Além disso, o risco de transmissão de HSV a um neonato nascido de uma mãe que adquire infecção genital primária perto do momento do parto é estimado em 25% a 60%. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A infecção por HSV-1 bastante comum, afetando indivíduos de todas as idades e etnias. No entanto, a maior incidência de herpes em neonatos se dá pelo HSV-2 no momento do parto. É nessa fase que a enfermidade costuma ser mais agressiva, podendo acometer o sistema nervoso central e desencadear uma encefalite, meningite ou até mesmo uma infecção generalizada. Diante disso, ressalta-se a importância dos cuidados pré-natais, em que medidas profiláticas são aplicadas em gestantes soropositivas, sujeitas a episódios de reativação no periparto, com o objetivo de minimizar a exposição dos recém-nascido à disseminação viral durante o trabalho de parto.

DESCRITORES: Herpes Simples. Gestantes. Recém-nascido

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

RELEVÂNCIA DA HEMOCULTURA NA DETECÇÃO DO TRYPANOSSOMA CRUZI NA FASE CRÔNICA DA DOENÇA DE CHAGAS

ANA KAROLINA GOMES DOMICIANO CABRAL[1], ANA LETÍCIA FERREIRA VENTURA[1], CECÍLIA PEREIRA FERRAZ[1], LÍVIA MARIA PORDEUS COURA URTIGA[1], VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA[2]

Introdução: Devido aos baixos níveis de parasitemia em pacientes chagásicos na fase crônica da doença de chagas, o diagnóstico realizado é principalmente através de testes sorológicos convencionais. Mas, após o tratamento específico, a sorologia convencional pode permanecer positiva por longos períodos nos pacientes que aparentemente eliminaram o parasita. Na tentativa de discriminar indivíduos curados de não curados emprega-se a técnica da hemocultura, a qual apresenta na forma crônica 0% a 94% de positividade. Metodologia: O presente trabalho, trata-se de uma análise descritiva, tendo como base artigos científicos que relatam a submissão de pacientes chagásicos à hemocultura, não tratados em sua fase crônica nem sujeitados a qualquer teste parasitológico para Doença de Chagas, sendo mulheres e homens, com idade de 14 a 82 anos. Utilizaram-se a técnica descrita por Chiari e Cols, com algumas modificações, partindo da centrifugação da coleta de sangue e da admissão no meio de cultura. Resultados e discussão: Dos pacientes chagásicos não tratados que efetuaram sucessivas hemoculturas, 94% foram positivos. Ocorreu alto percentual de resultados positivos nas diferentes faixas etárias. Logo, a possível influência da idade do paciente na positividade da hemocultura pode ser negada. O nível de parasitemia dos pacientes foi estimado através da positividade de 6 tubos de exame. Foram feitas algumas mudanças no protocolo da hemocultura para manter o parasita em condições favoráveis de multiplicação para obter um melhor resultado. Assim o tempo total para processar a hemocultura foi reduzido, as hemácias foram lavadas uma só vez no meio de cultura LIT, e o teste foi feito imediatamente após a coleta do sangue. A hemocultura conseguiu detectar o T. cruzi nos pacientes, independentemente do tempo de infecção. Os resultados mostram que com algumas modificações na metodologia, foi possível revelar parasitas num percentual elevado de pacientes chagásicos não tratados, na fase crônica, a despeito da sua idade e da sua parasitemia, medida pelo número de tubos positivos. Considerações finais: Esse trabalho relata a importância da realização da hemocultura no diagnóstico da doença de chagas, pois demonstrou ser um teste sensível, sendo ideal como critério de cura de chagásicos submetidos a tratamento, apresentando negativo, mesmo que a sorologia convencional seja persistentemente positiva.

DESCRITORES: Diagnóstico. Hemocultura. Doença de Chagas

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

NEUROESQUISTOSSOMOSE

ANA BEATRIZ FREIRE GADELHA[1]; AMANDA PEREIRA DA SILVA CARVALHO COSTA[1]; CLOVIS MARTORELLI OLIVEIRA LIMA[1]; MARTHYNNA MARTIM FURTADO LACERDA[1]; MARYANNE MARTIM FURTADO LACERDA[1]; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA[2]

A esquistossomose é a segunda parasitose mais frequente no mundo, acometendo 200 milhões de pessoas em 74 países, onde 600 milhões vivem sob risco de contrair a doença. No Brasil, estima-se que aproximadamente 12 milhões de pessoas sejam portadoras e 30 milhões encontrem-se sob o risco de contraí-la, sendo o país de maior prevalência fora da África no mundo. A neuroesquistossomose é a sua forma ectópica mais frequente e incapacitante. Caso não tratada, noventa e cinco por cento destes pacientes morre ou não apresenta melhora clínica. Seu diagnóstico é clínico e o tratamento é simples, eficaz e seguro. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão bibliográfica ampla e atualizada sobre o manejo clínico da neuroesquistossomose. Essa doença possui importante repercussão socioeconômica, principalmente por ser mais prevalente em jovens e adultos em idade produtiva e de baixa classe social. Sua transmissão continua em expansão e ocorre de forma mais intensa nos estados de Alagoas, Pernambuco, Sergipe e Bahia (com 1,9 milhões de casos estimados em 1990), os quais reúnem condições ambientais e sanitárias que propiciam sua intensa transmissão. Existem cinco espécies que podem infectar o homem, porem a única endêmica no Brasil é o Schistossoma mansoni. A neuroesquistossomose é o comprometimento do sistema nervoso diretamente pelo parasita ou indiretamente pela deposição de complexos imunes circundantes produzindo ou não sintomatologia e sendo a forma ectópica mais frequente e incapacitante da infecção esquistossômica.Aproximadamente 20 a 30% dos portadores da esquistossomose mansônica tem comprometimento do sistema nervoso central. Dados obtidos de necropsia indicam que a NE assintomática apresenta 3 a 4 vezes maior incidência que a sintomática. A NE pode se manifestar clinicamente por meningomielorradiculite, mielite, radiculite ou pela forma pseudotumoral cerebral ou medular. Seu diagnóstico é fundamentado em dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Apesar da complicação neurológica desta parasitose ser relativamente rara, nas últimas duas décadas o número de relatos de casos vem aumentando consideravelmente, principalmente em nosso país. O sucesso do tratamento depende de diagnóstico precoce sobre o acometimento neurológico. Ao contrário, quando o diagnóstico é tardio, podem ocorrer danos irreversíveis no SNC.

DESCRITORES: Esquistossomose. Parasitose. SNC

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

TRANSPLANTE CARDÍACO NO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

EDUARDO SARMENTO DO Ó[1]; GUILHERME CAVALCANTE PASCOAL[1]; JOÃO GABRIEL FERREIRA DE FARIAS[1]; PEDRO SANTIAGO MADRUGA FERREIRA[1]; MARIA ALINETE MOREIRA DE MENEZES[2]

Introdução – A gota é uma doença relativamente comum, causada pelo excesso de ácido úrico no organismo, que leva à formação e o acúmulo de cristais nas articulações, e gera episódios repentinos de fortes dores que afetam, na maioria dos casos, o principalmente dedão, como foi constatado no paciente estudado no caso. A artrite gotosa é a principal causa de artrite crônica e seu tratamento é baseado no controle da alimentação e no uso de medicação anti-inflamatória, como aspirina e melhoral, afetando paciente com 40 até 50 anos de idade, e mulheres com menopausa. Objetivo – Explanação sobre o impacto da artrite gotosa no sistema locomotor do paciente portador da gota, através de pesquisas bibliográficas realizadas nas plataformas como SciELO, MEDLINE, BvSalud e Google acadêmico. Métodos - Pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva, mediante discussões na sessões tutoriais com questões em aberto. A interpretação do material coletado seguiu os ensinamentos da "análise de conteúdo" agregando ao conhecimento acadêmico para graduandos de Medicina. Resultados – O paciente Sebastião do Nascimento analisado no quarto caso da Tutoria, queixou-se de dores nos ossos e nas articulações metacarpofalangeanas e quirodáctilos, assim, constatou-se um edema no pé direito e outras partes do corpo. O diagnóstico foi feito pela identificação de cristais formados pelo acúmulo de ácido úrico, caracterizando-se como artrite gotosa, com sintomas de temperatura e pressão alta. Conclusão - As medidas sugeridas para o tratamento da artrite gotosa foram a utilização do fármaco Arcoxia, que é um inibidor seletivo da COX-2, e Colchicine. Após quinze dias, o paciente retornou assintomático, havendo a suspensão, pelo médico responsável, dos fármacos utilizados, inserindo, posteriormente, Zyloric e Alopurinol, conjuntamente com mudanças alimentícias, resultando na melhora significativa do paciente.

DESCRITORES: Gota. Ácido Úrico. Artrite Gotosa

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DE CHAGAS – DO PROGNÓSTICO A TERAPÊUTICA

BRUNA LAÍSA DA SILVA[1]; MARIANNA DE OLIVEIRA BRITO[1]; NATALIA AIRES RIBEIRO[1]; THAINÁ CARDOSO DO NASCIMENTO[1]; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA[2]

INTRODUÇAO: A doença de Chagas é transmitida pelo Trypanosoma cruzi, podendo ser encontrado nas fezes de alguns insetos, principalmente na do barbeiro (Triatoma infestans). Pode contaminar-se a partir da ingestão de alimentos crus e contaminados com as fezes do barbeiro, transfusão sanguínea, aleitamento materno, ato sexual, transplantes, contato direto com o parasita ou ser congênita. O quadro grave é caracterizado por febre, mal-estar, inflamação dos gânglios linfáticos e inchaço do fígado e baço. Persistência de uma reação inflamatória no local da penetração do parasito é conhecida como chagoma. O edema inflamatório unilateral das pálpebras (sinal de Romaña) ocorre em 10% a 20% dos casos quando a contaminação ocorre na mucosa ocular. Em alguns casos há manifestações fatais, ou que constituam uma ameaça à vida, incluindo inflamação do coração e inflamações que comprometem a meninge e o cérebro, além de problemas digestivos. O diagnóstico irá depender se a doença está na fase aguda ou crônica. Na fase aguda usa-se a microscopia, já na crônica, usa-se o xenodiagnóstico e a hemocultura além de exames sorológicos. METODOLOGIA: Através do estudo de artigos científicos de análise do caso clínico do projeto de Tutoria, desenvolvido pelos alunos de medicina da faculdade de Medicina Nova Esperança, com o intuito de esclarecer as causas e características de um paciente com diagnóstico para Doença de Chagas. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O tratamento da doença de chagas é indicado por um médico, após confirmado o diagnóstico. O benzonidazol é utilizado em pessoas que tenham a doença aguda assim que for identificada. Na fase crônica, a indicação do medicamento depende da forma clínica, devendo ser avaliada caso a caso. Em casos de intolerância ou que não respondam ao tratamento com benznidazol, o nifurtimox é usado, conforme indicações estabelecidas pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do pressuposto, percebe-se a importância de um sistema eficaz de informação sobre a infectologia da doença, visto que a maioria dos casos acometidos poderiam ser evitáveis através de cuidados profiláticos e medidas públicas de proteção intervencionistas.

DESCRITORES: Doença de Chagas. Trypanosoma Cruzi. Doença Infecciosa

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

APLICAÇÃO DE ANTICORPOS MONOCLONAIS NA TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA

ANTÔNIO HUMBERTO ALENCAR JÚNIOR[1]; DEBORAH CRISTINA NASCIMENTO DE OLIVEIRA[1]; LEONARDO DE ARAÚJO LEMOS[1]; LUCAS BEZERRA DE AGUIAR[1]; RAFAEL TAVARES DE MORAIS[1]; CLÉLIA DE ALENCAR XAVIER MOTA[2]

INTRODUÇÃO: em 1975, Georges Kohler e Cesar Milstein, através da fusão de células B de camundongo com células de mieloma, formaram células híbridas denominadas hibridomas. Os hibridomas produzem anticorpos monoclonais (AM) altamente específicos. Este avanço científico encorajou novas pesquisas para produção de AM similares de qualquer especificidade desejada. Atualmente, sabe-se que os AM podem se ligar a antígenos tumorais, causando citotoxicidade tumoral direta através do sistema complemento e dos leucócitos. Até o momento, a maioria dos ensaios clínicos obteve apenas pequenas respostas (<10%). Entretanto, alguns estudos em tumores sólidos, a exemplo do câncer colorretal e de mama, sugerem que os AM podem ser benéficos para a sobrevida, particularmente quando instituídos como tratamento adjuvante. OBJETIVO: proceder uma revisão da literatura a respeito de novos achados sobre a aplicação dos AM na terapia oncológica. METODOLOGIA: foram pesquisados artigos originais na base de dados Scielo, publicados em língua portuguesa, desde o ano de 2002 até a presente data. Os descritores utilizados na pesquisa foram ‘’anticorpos’’, ‘’monoclonais’’ e ‘’câncer’’. Ademais, realizou-se um levantamento do tema em livros-texto especializados das áreas de imunologia e oncologia. RESULTADOS: ainda que a maioria dos pacientes descubram precocemente a neoplasia, com possibilidade de tratamento cirúrgico, 20% a 40% apresentarão recidiva dos tumores de forma sistêmica durante o acompanhamento clínico. Na última década, houve avanços terapêuticos com a disponibilidade de novos fármacos citostáticos atuando por mecanismos de ação diferentes. Com estas estratégias, a sobrevida mediana dos pacientes com doença metastática praticamente dobrou ao longo dos últimos 10 anos. Parte desta mudança se deve à introdução dos AM, capazes de inibir a proliferação tumoral por diferentes mecanismos, podendo neutralizar alvos solúveis, interferir nas ligações receptor-ligante, influenciar na sinalização celular ou mediar funções efetoras, ativando o sistema complemento, os fagócitos ou a citotoxidade celular dependente de anticorpo. Os AM podem ser quiméricos, isto é, formados por sequências de aminoácidos humanos com sequências murinas nas regiões em que se ligam aos epítopos antigênicos. Eles são humanizados quando grande parte das sequências é de origem humana, pois menos de 5% têm origem murina. Os anticorpos monoclonais humanos são aqueles cujas sequencias são totalmente humanas. A imunoterapia com anticorpos ainda está em evolução, porém impõe novos desafios, como a identificação de biomarcadores de prognóstico e predição dos benefícios terapêuticos em casos específicos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: o uso dos AM na terapia oncológica está clinicamente reconhecido e bem documentado. Com a evolução das pesquisas, admite-se que, muito em breve, vários tipos de câncer poderão ser tratados com os AM, potencializando a eficácia terapêutica e reduzindo a toxicidade do tratamento.

DESCRITORES: Anticorpos. Monoclonais. Câncer

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ABORDAGEM SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS E OS DIREITOS SOCIAIS NO CONTEXTO ATUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA

ALESSANDRA BEZERRA DE ALMEIDA CAMURÇA[1]; ANDRESSA LISBOA DE CARVALHO FACUNDO[1]; RAFAELA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA[1]; RAYANE MENDONÇA DA COSTA[1]; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA[2]

Tripanossomíase americana, conhecida como doença de chagas, é uma patologia infecciosa cujo agente etiológico é o Trypanosoma cruzi na forma tripomastigota metacíclica encontrada nas fezes do inseto barbeiro da família Triatominae; outras vias de transmissão são através da transfusão sanguínea, transplante de órgãos, aleitamento materno, acidental, congênita e transmissão oral. A patologia envolve células do sistema reticuloendotelial, do miocárdio, dos músculos e do sistema nervoso. O estudo tem como objetivo realizar uma revisão sobre os aspectos da doença de chagas e os direitos sociais no contexto atual da sociedade brasileira. Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa pautando-se na publicação de referências encontradas em artigos indexados em base de dados e revistas científicas. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Libray Online, periódico CAPES, bases de dados Medline, IBECS, utilizando-se descritores: doença de Chagas; direitos sociais; sociedade brasileira. No Brasil, atinge cerca de 36% do território nacional, envolve mais de 2.450 municípios que se estendem desde o Maranhão ao Rio Grande do Sul. As relações entre justiça e saúde estão entre os principais temas debatidos neste contexto, a doença de chagas tem maior incidência em áreas rurais, principalmente nos locais em que a presença do Estado costuma ser mais primária e precária. A transmissão vetorial tem suas causas ligadas a um contexto multidimensional que considera fatores biológicos, ecológicos, culturais, políticos e socioeconômicos. Relaciona-se também com as condições de vida do homem e pelos padrões sociais das populações, considerando a falta de higiene, pobreza, subemprego, analfabetismo e uma extrema fragilidade na organização politica. É importante também, o fato de que as maiorias dos acometidos por essa enfermidade encontram-se na fase produtiva de suas vidas. Devido a acentuadas insuficiências cardíacas e respiratórias, esses pacientes apresentam baixa tolerância às atividades físicas, sendo essa diretamente proporcional à intensidade do trabalho realizado. É dever do Estado, garantir os direitos humanos, em que todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar; ainda não há uma medida eficiente sobre o controle dos vetores, apenas medidas educativas e profiláticas; portanto a solução definitiva para o problema depende de grandes mudanças no âmbito social, politico e econômico das regiões endêmicas.

DESCRITORES: Doença de Chagas. Direitos Sociais. Sociedade Brasileira

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

MEGAESÔFAGO CHAGÁSICO: ASPECTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

LUANA HONORATO GOMES[1]; LUCAS LOBO TRIGUEIRO[1]; RICARDO SILVA DE ALBUQUERQUE FERNANDES[1]; WILLYANNE FERNANDA BARBOSA DE PONTES[1]; HERMANN FERREIRA COSTA[2]

Introdução: o megaesôfago caracteriza – se pela destruição ou ausência dos plexos nervosos intramurais do esôfago. Essa condição determina ausência de peristaltismo ao nível do corpo do órgão, bem como a não – abertura do esfíncter inferior do esôfago (EIE) em resposta à deglutição. Consequentemente, há estase esofágica e, inicialmente, acentuada incoordenação motora; de modo progressivo, ocorrem dilatação e diminuição de sua capacidade de contração. São inúmeras as denominações utilizadas para definir a doença, como aperistalse do esôfago, cardioespasmo, frenoespasmo, dolicoesôfago, disfagia paradoxal, entre outras. Internacionalmente, o nome mais utilizado é acalasia (Hertz, 1914), que traduz a falta de abertura do EIE em resposta à deglutição. No Brasil, a doença é conhecida como megaesôfago, desde que a dilatação do esôfago é condição frequentemente encontrada nas pessoas sintomáticas. A doença de Chagas, endêmica na América Latina, é o único fator etiológico realmente comprovado de megaesôfago. No Brasil, em torno de 90% dos pacientes apresentam a forma adquirida, através da doença de Chagas, causada pelo Trypanossoma cruzi. Essa afecção, endêmica em nosso país, é de caráter sistêmico, e pode determinar, em maior ou menor grau, inúmeras manifestações digestivas, entre elas o megaesôfago. Objetivos: realizar uma revisão de literatura sobre a importância da eficácia do médico no manejo do paciente com megaesôfago chagásico e destacar quais as condutas a serem tomadas. Metodologia: trata – se de uma revisão integrativa de caráter analítico construída a partir de artigos publicados na plataforma National Library os Medicina (PubMed) e a Scientific Electronic Library Online (SciELO) sobre o manejo e as condutas adotadas no paciente com megaesôfago chagásico. Resultados: esclarecidas as suspeitas clínicas e epidemiológicas da presença de megaesôfago, utilizam – se métodos subsidiários para a sua confirmação e realização do diagnóstico diferencial: reações sorológicas, radiografia de esôfago, endoscopia digestiva alta e eletromanometria do esôfago. Conclusões: o megaesôfago chagásico é uma patologia irreversível, assim, não se pode atuar no sentido de recompor o esôfago, para suas funções motoras normais. O fulcro de nossa ação deve ser, portanto, a resolução da disfagia, que é o principal sintoma desses pacientes, não esquecendo da prevenção do refluxo gastroesofágico resultante da anulação do EIE. O tratamento pode ser por: medidas dietético – comportamentais, drogas que reduzem a pressão do EIE, ressecções esofágicas.

DESCRITORES: Esôfago. Cardiomiopatia Chagásica. Acalasia Esofágica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

HEPATITE B: RELAÇÃO DA METICULOSIDADE CLÍNICA AO TRATAMENTO CONVENIENTE

ADOLFO MAIA DE ARAÚJO SERAFIM[1]; JOÃO ANTÔNIO CARLOS SUASSUNA[1]; JOSÉ ROBERTO RIBEIRO NEVES FILHO[1]; RODRIGO MARQUES GOUVEIA DE OLIVEIRA[1]; HERMANN FERREIRA COSTA[2]

Introdução: A apresentação clínica da hepatite B pode variar de quadros assintomáticos ou oligossintomáticos a situações com evolução para insuficiência hepática fulminante, marcada por alta taxa de letalidade. Na maioria dos casos, a infecção aguda e crônica são pouco sintomáticas. As suas manifestações iniciais são inespecíficas em geral, abrangendo astenia, mal estar, anorexia, náuseas e/ou vômitos e febre baixa, com duração de três a 10 dias. Metodologia: O presente trabalho utilizou livros de referência em medicina para análise completa da doença bem como acerca do tratamento, das perspectivas e do prognóstico clínico do paciente acometido pelo Vírus da Hepatite B de acordo com a fase em que a doença é manifestada. Assim, estabelecendo o tratamento adequado conforme a condição clínica seja aguda ou crônica. Objetivo: O objetivo deste trabalho é demonstrar a extrema importância entre o diagnóstico clínico e o tratamento adequado de acordo com a fase ou estágio em que a doença é detectada, de modo a obter o melhor prognóstico e assim conter a evolução da doença. Resultados e discussão: Na hepatite B aguda o tratamento deve ser com antitérmicos e antieméticos quando necessários e hidratação. Outra recomendação importante refere-se à abstenção de fármacos de metabolização hepática. Em caso de prurido intenso podem ser utilizadas resinas sequestradoras de sais biliares como a colestiramina. Na hepatite aguda fulminante o tratamento consiste em suporte hídrico, circulatório e respiratório, controle das complicações hemorrágicas, metabólicas, infecciosas e neurológicas. No caso de doença hepática crônica o objetivo de tratamento é a negativação sustentada dos marcadores de replicação viral, HBeAg e carga viral, que representam remissão clínica, bioquímica e histológica, com redução dos riscos de evolução para cirrose e CHC e a soroconversão de HBsAg para anti-HBs, associada à completa remissão da hepatite crônica. Para alcançar estes objetivos estão disponíveis diferentes fármacos, destacando-se interferon-alfa, interferon-alfa peguilhado, lamivudina, tenofovir, entecavir e adefovir, indicados conforme algumas situações clínicas e laboratoriais. Considerações finais: Os achados sorológicos variam nas fases de evolução da doença, sendo o antígeno HBs (HBsAg) o marcador da existência do vírus da hepatite B. Surge durante o período de incubação e persiste durante o desenvolvimento da entidade nosológica, desaparecendo com a convalescença, cerca de quatro a cinco meses após a exposição. O aparecimento de anti-HBs e o desaparecimento do HBsAg indicam resolução da infecção pelo VHB na maioria dos casos.

DESCRITORES: Hepatite B. Vírus da Hepatite B. Marcadores Sorológicos

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE E INFERTILIDADE: UMA CORRELAÇÃO CLÍNICA

ANDRESA SALINNY CARVALHO FERNANDES[1]; FRANCISCO LUAN DA SILVA SOUSA[1]; GABRIEL BEZERRA AMARAL[1]; KAIO MACÊDO DE FIGUEIREDO[1]; LETÍCIA FRANCO PACÍFICO[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A endometriose é uma doença inflamatória provocada por células do endométrio que, em vez de serem expelidas durante a menstruação, se movimentam no sentido oposto e caem nos ovários ou na cavidade abdominal, onde voltam a multiplicar-se e a sangrar. Quanto aos sintomas destacam-se: dismenorreia – cólica menstrual que, com a evolução da doença, aumenta de intensidade e pode incapacitar as mulheres de exercerem suas atividades habituais, dispareunia – dor durante as relações sexuais, dor e sangramento intestinais e urinários durante a menstruação e até mesmo infertilidade. Nos casos mais graves, o processo inflamatório da enfermidade causa aderências entre os órgãos reprodutivos, levando à alteração da anatomia e, consequentemente, à perda da capacidade reprodutiva. No entanto, há mulheres com quadros de endometriose inicial e que também podem apresentar dificuldades para engravidar, mas a causa desse problema ainda é desconhecida. A endometriose causa infertilidade pelos seguintes fatores: influencia o hormônio no processo de ovulação e na implantação do embrião; prejudica a liberação do óvulo dos ovários em direção às trompas; interfere no transporte do óvulo pela trompa, tanto pela alteração inflamatória causada pela doença, como por aderências - as trompas aderem em outros órgãos e não conseguem se movimentar; alterações no desenvolvimento da gestação; pode interferir no desenvolvimento embrionário e aumentar a taxa de abortamento, entre outros. A partir desse viés, depreende-se como a endometriose associa-se à infertilidade. Ademais, vale ressaltar que essa mesma patologia ainda causa outros sintomas citados anteriormente. Conforme descrito no presente trabalho, a endometriose é uma patologia agressiva que afeta a qualidade de vida do paciente, especialmente, a partir da sua intrínseca interligação com a infertilidade. Nesse viés, vê-se a importância de tratar urgentemente essa patologia no Brasil, visto que, é uma problemática que afeta um número bastante considerável de brasileiras em idade fértil. O trabalho consiste em um estudo de revisão literária com base na análise de artigos e sites científicos aplicados à problemática da endometriose e a sua íntima ligação com a infertilidade.

DESCRITORES: Endometriose. Infertilidade. Complicações na Gravidez

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DE PARKINSON E DEPRESSÃO: COMO UMA DEFICIÊNCIA NEUROMUSCULAR PODE CAUSAR UMA ALTERAÇÃO PSICOLÓGICA?

DRIELLY LAYANNE DE OLIVEIRA FERNANDES[1]; ÉVERTON SILVA SANTOS[1]; FILIPE TEIXEIRA DUTRA[1]; JOÃO ANTONIO BATISTA DE MATOS SOARES[1]; JULIANA AMORIM[2]

A doença de Parkinson (D.P.) é uma patologia neurodegenerativa, crônica e progressiva que se caracteriza pela destruição das células produtoras da dopamina – neurotransmissor relacionado diretamente com a transmissão neuromuscular e secundariamente com o sistema límbico. Logo, por ser uma doença que provoca prejuízos a função muscular, o parkinsoniano adquire um comportamento depressivo por não mais apresentar a mesma liberdade motora de outrora. Estima-se que cerca de 40% dos pacientes com Parkinson são acometidos pela depressão, que se mostra, frequentemente, subdiagnosticada devido à existência de sintomas similares entre ambas às doenças, mesmo sendo a manifestação não motora mais frequente entre os pacientes com D.P.. O presente estudo tem como objetivo esclarecer a relação entre a doença de Parkinson e a depressão, em virtude da deficiência neuromuscular ocasionar alterações psicológicas, tendo como base revisões bibliográficas realizadas nas plataformas Scielo e Google Acadêmico. A partir da revisão bibliográfica, notou-se uma predisposição dos autores em indicar a baixa produção de dopamina como fator principal desencadeante da depressão na doença de Parkinson. Acredita-se que a baixa atividade serotonérgica faz com que o parkinsoniano apresente uma predisposição biológica para esse transtorno, pois a serotonina tem função inibitória para a liberação de dopamina, ou seja, a redução da atividade da serotonina funcionaria como um mecanismo para compensar a diminuição da produção de dopamina. A queda de dopamina e outros neurotransmissores relacionados à emoção faz com que o paciente apresente humor baixo ou triste, dificuldade em desfrutar das atividades do cotidiano e perda de interesse. Assim, por ser uma doença que provoca limitações físicas, o fator psicológico também provoca alterações na qualidade de vida do paciente, gerando um comportamento recluso, com mudanças de personalidade e de prejuízos cognitivos e funcionais. Ademais, percebe-se que pacientes que apresentam Parkinsionismo e depressão simultaneamente tem o quadro motor mais grave do que os parkinsonianos não deprimidos, ou seja, os sintomas motores são mais intensos na presença da depressão. Portanto, por se tratar de patologias que apresentam mimetismos de sintomas, torna-se necessário maximizar o conhecimento da relação entre Parkinson - depressão – dopamina, principalmente, por que ambas podem coexistir em um mesmo paciente, podendo ser intensificadores de sintomas.

DESCRITORES: Parkinson. Depressão. Dopamina

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

MENINGITE BACTERIANA: COMPLICAÇÕES E SEQUELAS NEUROLÓGICAS

CARLA RENATA PERAZZO LIRA[1]; FERNANDO CUNHA LIMA FILHO[1]; JANINE ALBUQUERQUE DE CARVALHO OLIVEIRA[1]; RAYANA UCHÔA PONTES DE MELO[1]; RICARDO LÚCIO DANTAS E RODRIGUES DE LIMA[1]; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA[2]

A meningite é um processo inflamatório das meninges, encéfalo e medula espinhal. Pode ser causada por diversos organismos, como bactérias, vírus e fungos. As meningites bacterianas é um grave problema de saúde pública. O meningococo e o pneumococo são agentes responsáveis por aproximadamente 95% dos casos de meningite bacteriana após os dois meses de idade. A Organização Mundial de Saúde estima que existam cerca de 12 milhões de casos de meningite bacteriana em todo o mundo e que ocorra cerca de 170 mil mortes todos os anos. O presente estudo tem como objetivo conhecer as complicações e sequelas neurológicas da meningite bacteriana, usando como base pesquisas bibliográficas e artigos científicos originais na base de dados scielo e lilacs, publicados em língua portuguesa, desde o ano de 2012 até a presente data. Os descritores utilizados na pesquisa foram “meningite bacteriana”, “citocinas” e “diagnóstico precoce”. O mecanismo de invasão do espaço subaracnóideo (ESA) pelas bactérias, assim como o sítio exato onde as mesmas penetram no SNC, não são ainda bem conhecidos. Alguns estudos têm sugerido que elas entram no SNC via plexo coroide e os capilares cerebrais possuam receptores para aderência das bactérias, de forma que as mesmas possam ser transportadas para o ESA. Elementos da bactéria, como as fímbrias, aparecem como importante fator de virulência na penetração do patógeno no SNC. Com a replicação das bactérias no ESA, as mesmas liberam componentes subcapsulares ativos, sendo os mais conhecidos e estudados o lipopolissacarídeo (endotoxina) das bactérias gram-negativas e os elementos da parede celular das bactérias gram-positivas (peptideoglicanase e ácido teicoico). Essas substâncias uma vez liberadas, estimulam as células cerebrais equivalentes aos macrófagos e o endotélio capilar cerebral a produzirem citocinas, como o Fator de Necrose Tumoral (FNT) e IL-1, considerados os mediadores que desencadeiam a resposta inflamatória meníngea. Na evolução da resposta inflamatória, outros mediadores são em seguida liberados: outras interleucinas (IL-6, IL-8), fator ativador de plaquetas, metabólicos do ácido araquidônico e proteínas derivadas dos macrófagos. Diante disso, conclui-se que o diagnóstico precoce e consequente instituição terapêutica são condições imprescindíveis para reduzir a morbidade e mortalidade determinadas por meningite bacteriana.

DESCRITORES: Meningite Bacteriana. Citocinas. Diagnóstico Precoce

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO POR E.COLI

BEATRIZ FOGAGNOLI[1]; BEATRIZ TORTORELLA[1]; ISADORA BRITO[1]; FELIPE BRANDÃO DOS SANTOS OLIVEIRA[2]

INTRODUÇÃO: A infecção sintomática do trato urinário (ITU) situa-se entre as mais frequentes infecções bacterianas do ser humano, predominando em pessoas do sexo feminino, devido às condições anatômicas: uretra mais curta e sua maior proximidade com vagina e com ânus. Tal doença, na maioria dos casos, é causado pela bactéria Escherichia Coli, presente no intestino e importante para digestão de substâncias. No trato urinário, esse microrganismo pode atingir a uretra, bexiga e até mesmo os rins. OBJETIVO: Analisar a incidência de Escherichia coli em infecções urinárias, discorrendo sobre transmissão, sinais e sintomas. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por acadêmicos do 2º período do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). Para a realização desse estudo foram acessados os bancos de dados da BVS, SCIELO e revista da USP para o uso de quatro artigos científicos (publicados entre os anos de 2003 e 2010). RESULTADOS E DISCUSSÕES: A infecção urinária é caracterizada como sendo uma invasão e multiplicação de bactérias provenientes do cólon humano. A infecção urinária causada por E.Coli está dentro das infecções mais frequentes, estima-se 150 milhões de casos anuais. Os principais indícios manifestados são: polaciúria, urgência miccional, disúria, alteração no aspecto da urina, hematúria e piuria. Além disso, é possível que o paciente relate dor pélvica, bem como o comprometimento do sono pela necessidade de acordar para urinar. Ademais, a infecção pode ser baixa -cistite- ou alta -pielonefrite- ao longo do trato urinário; na primeira é incomum a presença de febre, diferente do que ocorre na segunda. Para mais, a ITU alta pode ser antecedida por quadros de cistite e apresentar dor lombar. Por conseguinte, o tratamento mais comum e mais eficaz é a antibioticoterapia, que pode ser feita com quinolonas, cefalosporinas ou aminoglicosídeos, a depender da bactéria infectante. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da análise, concluímos que a infecção urinária provocada pela presença da bactéria Escherichia coli trata-se de um caso importante e atual. Os exames solicitados, incluindo a sedimentoscopia, urocultura com antibiograma e a ultrassonografia das vias urinárias, além dos relatos dos pacientes, como a presença de urgência miccional, disúria e dor supra púbica, possibilitam a descoberta desse diagnóstico. Logo, é indicado o uso de bactericidas essenciais ao combate do agente etiológico. Além do uso de medicamentos, orientações acerca do vestuário adequado, hidratação, higiene íntima e hábito miccional são cruciais para a melhora.

DESCRITORES: Trato urinário. Infecção. Escherichia Coli

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ETIOLOGIA DA DOENÇA DE PARKINSON: PRINCIPAIS CAUSAS DESSA DISFUNÇÃO MOTORA

ANA LUIZA MENINO ACIOLY[1]; CAROLINE DA NÓBREGA GÓIS[1]; GABRIELLA DE FIGUEIREDO FALCÃO[1]; MARIA ALICE ALVES SANTIAGO[1]; PAULA GABRIELA BARBOSA DA SILVA SOUTO[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

O objeto da presente pesquisa relaciona-se a etiologia da doença de Parkinson, e o seu escopo precípuo consiste na discriminação das principais causas desta. Essa patologia, a qual é também atribuída a nomenclatura paralisia agitante, é caracterizada pela degeneração da substância negra. Nesse sentido, é importante destacar que a substância negra está atrelada ao direcionamento das fibras nervosas responsáveis pela produção de dopamina ao núcleo caudado e ao putâmen. O referido neurotransmissor desempenha papel de controle do sistema motor, razão pela qual a descompensação daquele propicia disfunção na motricidade. Para este estudo, foi utilizado o método de revisão bibliográfica, realizado através da leitura de livros e periódicos. Essa análise permitiu concluir que os pacientes apresentam tremor de repouso (especialmente nas mãos), rigidez muscular do tipo plástica ou cérea, bradicinesias e instabilidade postural. Observou-se ainda que essa patologia, em alguns casos, acarreta demência, sobretudo em idosos. De forma geral, verificou-se que o quadro tem início entre cinquenta e setenta anos de idade. Em que pese se tratar de uma doença bastante comum, a comunidade científica ainda não descobriu a causa desses efeitos motores anormais. Outrossim, a doutrina indica como provável causa para a rigidez a destruição dos neurônios dopaminérgicos na substância negra, o que poderia ativar de forma exacerbada o núcleo caudado e o putâmen. O tremor, por sua vez, é correlacionado a oscilação dos circuitos de feedback, com fulcro no prejuízo sofrido pelo mecanismo inibitório. Ainda, a dificuldade para iniciar os movimentos, bem como a falta de continuidade destes, é associada a redução da dopamina no sistema límbico, especialmente do núcleo accumbens e dos núcleos da base. Convém, por fim, assinalar a relevância de estudos afins, haja vista que a doença objeto desta pesquisa ocupa o segundo lugar do ranking das doenças neurodegenerativas mais frequentes. Alhures, considerando o corrente processo de envelhecimento da população, a necessidade de pesquisas afins é realçada pelo fato de que a doutrina estima que essa paralisia agitante acometa um por cento dos indivíduos acima de sessenta anos.

DESCRITORES: Doença de Parkinson. Dopamina. Bradicinesia

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

MIASTENIA GRAVIS: COMO OBTER DIAGNÓSTICO E REALIZAR TRATAMENTO

ANA VITÓRIA DE SOUSA MELO[1], LETÍCIA PORDEUS GONZALEZ[1], RAFAELA MAIA DE OLIVEIRA MORAES[1], THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES[2]

A miastenia gravis (MG) é uma doença neurológica autoimune, crônica e caracterizada por fraqueza muscular localizada ou generalizada. De forma relativa à etiopatogenia, pode-se afirmar que há a presença de anticorpos contra receptores de acetilcolina, comprometendo a transmissão neuromuscular e tal cenário se manifesta como uma fraqueza músculo-esquelética. Tal patologia é pouco comum, com uma prevalência mundial estimada em 20 por 100.000 pessoas, porém há estudos que afirmam que sua ocorrência tem aumentado continuamente. Existe uma maior incidência no gênero feminino, mas a doença pode se manifestar em ambos os sexos. Este trabalho tem como objetivo descrever os sintomas mais comuns da doença e estimular a partir de então o seu diagnóstico e respectivo tratamento, visando a obtenção de resultados satisfatórios. Para tanto, foram realizados estudos pautados em pesquisas do banco de dados da SCIELO, Portal do Ministério da Saúde e livros acadêmicos. Dessa forma, cabe apontar que estudos têm sugerido uma associação da MG com hiperplasia folicular tímica e timoma, além disso, tal enfermidade pode estar associada a outras doenças autoimunes, a exemplo do lúpus eritematoso sistêmico, da artrite reumatoide e da tireoidite. Os enfermos costumam se queixar de fadiga em um grupo muscular específico, que pode ser flutuante, ou seja, com períodos de melhora alternados com fases de agravamento, além de relatarem que a sintomatologia piora com a realização de atividades musculares continuadas e melhora com o repouso e o frio. A poptose palpebral, assim como também a diplopia visual, a voz nasalada e a disfagia da deglutição são sintomas importantes para o diagnóstico da doença. Ademais, é válido ressaltar que a abordagem diagnóstica se consolida no índice de suspeição (associado ao conhecimento teórico e experiência clínica), na eletromiografia (EMG) com prova de estimulação nervosa repetitiva e na pesquisa de autoanticorpos. Apesar da MG não ter cura, a combinação de diferentes fármacos, como inibidores de colinesterase, imunossupressores e a timectomia tendem a estabilizar os sintomas e reduzir as crises. Desse modo, conclui-se que a miastenia gravis, mesmo rara, atinge cerca de 0,01 a 0,04% da população, e, assim, torna-se evidente a importância da sociedade tomar conhecimento acerca dos sintomas mais comuns da doença, assim como da relevância de procurar um médico para confirmar o diagnóstico e realizar o tratamento.

DESCRITORES: Miastenia Gravis. Fraqueza Muscular. Sintomas

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PADRÃO VIGENTE EPIDEMIOLÓGICO DA ESQUISTOSSOMOSE NO BRASIL

BEATRIZ RODRIGUES LEAL[1]; GIOVANA LINS BASTO[1]; JOHRANNA HEMILY GALDINO LINS[1]; LARA HORTA DE ARAÚJO LEITE[1]; MARTA PRISCILA GOUVEIA DE ALBUQUERQUE[1]; CIBELLE CABRAL DAVID[2]

A Esquistossomose mansoni (EM) é uma doença parasitária causada pelo Schistosoma mansoni, sendo inicialmente assintomática, podendo evoluir e causar problemas de saúde crônicos, necessidade de internação ou levar à morte. O Schistosoma mansoni é transmitido por moluscos da espécie Biomphalaria glabrata em águas poluídas com fezes humanas contaminadas com ovos. No Brasil, a esquistossomose é conhecida como “xistose”, “barriga d’água” ou “doença dos caramujos”. A introdução da EM no país, deu-se no período colonial, com a vinda de escravos de regiões endêmicas da África. O Ministério da Saúde (MS) estima em 2,5 milhões o número de pacientes com EM no Brasil. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquistossomose ocupa o segundo lugar depois da malária, pela sua importância e repercussão socioeconômica e é uma das mais disseminadas no mundo. No Brasil, 5 milhões de pessoas vivem sem saneamento básico adequado, aumentando o número de casos. Outros fatores condicionantes são grau da educação, informação, nível socioeconômico e ocupação. Tais fatores favorecem a transmissão da doença, em maior ou menor intensidade, de acordo com a realidade local, tornando-se um importante problema de saúde pública. Com base nestas premissas, objetivou-se atualizar sobre a real situação epidemiológica da EM no Brasil e consolidar com a análise de pontos de incidências vigentes. Para este trabalho realizou-se uma revisão na literatura a partir da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), ademais, consultas no PUBMED e MEDLINE. Segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento(SNIS 2015) e Instituto Trata Brasil (2015), 50% da população têm acesso à coleta de esgoto, ou seja, mais de 100 milhões de brasileiros não têm acesso ao serviço. Mais de 3,5 milhões de brasileiros, nas 100 maiores cidades do país, despejam esgoto irregularmente, mesmo tendo redes coletoras disponíveis. Diante disso, estudos mostram que 19 estados hiperendêmicas identificadas, 61% foi observada inexistência de água encanada, 92% não havia coleta de esgoto e em 98% relatou-se a ausência de tratamento de esgoto. Nesse viés e segundo dados recentes publicadas pelo MS, as áreas endêmicas e focais abrangem 19 Unidades Federativas, sendo preponderante nos Estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte(litoral), Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais(predominantemente no Norte e Nordeste) (MS, 2016).

DESCRITORES: Esquistossomose. Epidemiologia. Saneamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

USO EXCESSIVO DE AINES: PERIGO EM POTENCIAL PARA O TRATO GASTRINTESTINAL

FERNANDA PEREIRA DA SILVA[1]; MARIA EDUARDA LEITE FONTES DO Ó[1]; MIRNA BEZERRA BARBOSA TÔRRES[1]; SIMONE ARNDT KELM[1]; MARINA TAVARES COSTA NÓBREGA[2]

Cerca de 2,5 milhões de caixas de anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) foram vendidas no Brasil em 2012, segundo a Sindusfarma. De suas indicações originais, como analgésicos e anti-inflamatórios, além de propriedades antiagregantes plaquetárias, essas drogas começaram a ser usadas indiscriminadamente por falta de necessidade da obrigatoriedade do receituário médico. Entretanto, se tratam de drogas com efeitos adversos e toxicidade gastrintestinal. No caso do ácido acetilsalicílico - AAS, ainda há um uso de forma massiva na população idosa, para tratamento de problemas cardiovasculares. A inibição da síntese de prostaglandinas é um dos maiores mecanismos de dano na mucosa gastrintestinal. Tais substâncias, dentre elas a PGE2, com atividade predominante, agem estimulando a secreção de fluidos e cloretos pela mucosa, impedindo a invasão de bactérias na circulação sistêmica. Logo, tratamento com inibidores específicos da COX-2 podem retardar a cicatrização de úlceras já formadas ou ainda reduzir a capacidade de defesa diante da presença de microorganismos invasores, apesar de provavelmente não iniciarem o dano gástrico como observado com AINEs convencionais. A COX-1 parece ter fundamental papel em manter a arquitetura glandular do estômago. Entretanto, diante de infecções ou úlceras gástricas já formadas, a exemplo da colonização gástrica pela Helicobacter pylori, detecta-se maior expressão de COX-2 nas células epiteliais do estômago, induzindo a formação de prostaglandinas que contribuem para a cicatrização destas lesões. Com o objetivo de proteger a mucosa gástrica dos danos causados pelos AINEs, profissionais de saúde recomendam a administração concomitante de medicamentos inibidores da bomba de prótons e anti-inflamatórios, que podem ser usados para reduzir o risco de úlceras e complicações, porém o uso prolongado desses fármacos podem desencadear diversos efeitos adversos. Ademais, pesquisas recentes procuram em extratos de plantas e raízes, compostos diversos que aumentem a produção de fatores protetivos da mucosa gástrica, evitando a polifarmácia.

DESCRITORES: Doença de Charcot-Marie-Tooth. Neuropatia Hereditária Sensitiva. Atrofia Muscular

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE: A DOR DA INFERTILIDADE

DHIANA DE SOUSA DANTAS PRAGANA[1]; ELUIZA HELENA DA CUNHA GARCIA[1]; ISABEL CRISTINA ARAÚJO DE MEDEIROS[1]; LÍGIA MAYARA MARIA LEITE DOS SANTOS[1]; THAIS RANGEL CARTAXO[1]; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI[2]

A endometriose é uma patologia benigna que se caracteriza pela presença de células endometriais fora da cavidade uterina, mas pode apresentar manifestações incapacitantes. Em 40 % a 50 % dos casos os primeiros sintomas surgem no início da adolescência, porém o diagnóstico ocorre comumente por volta dos 30 anos e acomete cerca de 10% das mulheres a partir da primeira até a última menstruação. Pacientes com endometriose apresentam queixas de dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica e/ou infertilidade. Este trabalho visa correlacionar a endometriose a infertilidade, visto que é um motivo de grande preocupação das pacientes jovens e nulíparas. Para a realização desse estudo, foram realizadas pesquisas em banco de dados da Scielo, Medline/Pubmed e livros-texto de Medicina. As causas da infertilidade em mulheres com endometriose podem variar desde distorções anatômicas devido a aderências e fibrose até anormalidades endócrinas e distúrbios imunológicos. Em alguns casos, os vários distúrbios fisiopatológicos parecem interagir através de mecanismos até agora não totalmente compreendidos. Dentre as causas estudadas estão a anatomia pélvica alterada que compromete a saída do óvulo ou sua captura e transporte através do tubo, função peritoneal alterada, aumento do líquido peritoneal, aumento de macrófagos ativados, prostaglandinas, interleucina 1, fator de necrose tumoral e proteases, imunidade humoral e celular alterada através do aumento de linfócitos e anticorpos IgG e IgA no endométrio, anormalidades ovulatórias e endócrinas que compreendem síndrome do folículo luteinizado não roto, defeitos da fase lútea, desenvolvimento folicular alterado, picos prematuros de LH e anormalidades na qualidade de oócitos e embriões têm sido descritas em mulheres com endometriose, além de sugerido que as mulheres com endometriose mostram uma redução no transporte fisiológico túbero-uterino em comparação com pacientes sem endometriose. Existem várias terapêuticas disponíveis, tais como as farmacológicas e as cirúrgicas, para alívio sintomático, melhoria da fertilidade, e consequente benefício para a qualidade de vida. O presente estudo permite concluir que, a depender do desenvolvimento da endometriose, o diagnóstico precoce realizado através de uma anamnese bem executada em associação a uma investigação e a uma conduta médica correta, contribuem para melhorar o prognóstico do tratamento e o diagnóstico da patologia alcançando, assim, o bem-estar geral da paciente após instituir uma abordagem terapêutica.

DESCRITORES: Endometriose. Infertilidade. Qualidade de vida

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

FERNANDA MARQUES DE VASCONCELOS[1]; LÍVIA NAZARÉ SOARES SILVA[1]; MAGLANE OAYANNA GOMES SANTANA[1]; MICHELLE VIRGOLINO DE LACERDA[1]; HOMERO PERAZZO BARBOSA[2]

O refluxo do conteúdo do estômago para o esôfago pode ocorrer eventualmente em indivíduos normais. Quando, entretanto, este refluxo traz sintomas ou complicações para o paciente, passa a ser patológico, denominando-se doença do refluxo gastresofágico (DRGE). Dentre suas causas, a principal é o relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago não associado à deglutição. Tanto os sintomas quanto as lesões teciduais resultam do contato da mucosa com o conteúdo gástrico refluxado, decorrentes de falha das defesas do esôfago. O presente trabalho tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre diagnóstico e tratamento da DRGE. O levantamento de dados foi obtido através das bases dados a partir do ano 2014 e livros. Os descritores usados para pesquisa foram: “doença do refluxo gastroesofágico”, “diagnóstico”, “tratamento”. A principal ferramenta para o diagnóstico da DRGE é a história clínica. A anamnese deve identificar os sintomas típicos que são pirose e regurgitação. Esses são mais frequentes após as refeições ou quando o paciente está em decúbito supino ou lateral direito. Pode haver sintomas atípicos, que compreendem dor torácica de origem indeterminada e otorrinolaringológicos. Um dos exames complementares é a endoscopia digestiva alta que permite diagnosticar outras afecções, tais como erosões, úlcera péptica, câncer do estômago. A impedanciopHmetria esofágica, avalia movimentos anterógrados e retrógrados do refluxato, sua natureza física e química. A abordagem terapêutica da DRGE inclui duas modalidades, o tratamento clínico e cirúrgico, cuja escolha depende das características do paciente e fatores como presença de erosões, sintomas atípicos e complicações. O tratamento não farmacológico diz respeito às medidas comportamentais e no farmacológico a droga de primeira escolha são os inibidores de bomba de prótons (IBP), que inibem a produção de ácido pelas células parietais do estômago, reduzindo a agressão do esôfago representada pelo ácido. O tratamento cirúrgico está indicado para os pacientes que necessitam usar a medicação ininterruptamente, os intolerantes ao tratamento clínico prolongado e nas formas complicadas da doença. Esse tratamento consiste na confecção de uma válvula antirrefluxo gastroesofágica realizada com o fundo gástrico (fundoplicatura). Portanto, a DRGE é um problema de saúde pública e a anamnese é fundamental para seu diagnóstico, com atenção especial aos sintomas típicos e atípicos. A endoscopia digestiva alta e a impedânciopHmetria esofagiana são os métodos mais sensíveis de diagnóstico. O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes que requerem uso contínuo de fármacos, que são intolerantes aos fármacos e que apresentam as formas complexas da DRGE.

DESCRITORES: Doença do Refluxo Gastroesofágico. Diagnóstico. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DE PARKINSON: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

ANA CAROLINA DE FRANÇA GONDIM TAVARES[1]; AYSSA MARINHO VITORINO DE ALMEIDA[1]; DEISE XAVIER SIMPLICIO[1]; LARYSSA MARQUES PEREIRA CRIZANTO[1]; SAYONARA BRUNA MESQUITA[1]; ANA KARINA HOLANDA LEITE MAIA[2]

Introdução: A Doença de Parkinson é uma doença degenerativa e progressiva do Sistema Nervoso. É caracterizada pelo prejuízo na coordenação motora do indivíduo, uma vez que ocorre a morte dos neurônios dopaminérgicos da substância negra. Em geral, inicia-se na meia-idade ou idade avançada, e gera grande incapacidade com a progressão da doença. Objetivo: Informar aos profissionais e acadêmicos de saúde sobre a importância do diagnóstico e do tratamento para a Doença de Parkinson. Metodologia: Trata-se da análise e reflexão de um Caso Clínico estudado durante a Disciplina de Tutoria por discentes do 1º Período do Curso de Medicina, que orientados por uma Tutora, realizaram reuniões durante o mês de Abril de 2019, para avaliar e discutir um caso, tendo como objeto de pesquisa Parkinson, utilizando conhecimento científico de livros e sites como base metodológica. Resultados e Discussões: O diagnóstico é eminentemente clínico, através do conhecimento dos sinais cardinais da doença (tremor, rigidez, perda do reflexo postural e bradicinesia), embora para se ter o diagnóstico correto seja necessário o conhecimento do diagnóstico diferencial e das particularidades apresentadas pelo portador. Pode-se utilizar alguns métodos de diagnóstico por imagem, como a tomografia por emissão fóton único (SPECT), a tomografia computadorizada por emissão de pósitron, e as técnicas híbridas de PET-CT e PET-RM. O tratamento ainda gera discussões, pela escolha das drogas adequadas e pelos efeitos colaterais que podem causar. Entretanto, a selegilina e a levodopa ainda se constituem nos principais recursos terapêuticos para a doença. Considerações Finais: A Doença de Parkinson é uma doença degenerativa e progressiva do Sistema Nervoso. Tem como característica, o prejuízo das funções motoras, além de também está associada a sintomas depressivos. O tratamento está associado à utilização de medicamentos que aumentem a dopamina no cérebro, além de antidepressivos. O presente estudo do Caso Clínico contribuiu para ampliar o conhecimento em relação á Doença de Parkinson.

DESCRITORES: Doença de Parkinson. Diagnóstico. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

OS ASPECTOS CLÍNICOS DA ENDOMETRIOSE NA SAÚDE DA MULHER : IMPACTOS DO SEU COTIDIANO

FLAVIANO DE RESENDE OLIVEIRA FILHO[1]; JOÃO MATHEUS COSTA RIBEIRO[1]; MARCOS HENRIQUE MACEDO DE SOUZA[1]; MARIANA FIGUEIREDO PEREIRA[1]; MYLLENA LUCENA DE BRITO[1]; ANA KARINA HOLANDA LEITE MAIA[2]

A Endometriose é uma patologia que acomete o sistema reprodutor feminino, ocorre devido ao crescimento de estroma e glândulas endometriais fora da cavidade uterina, elevando o número de prostaglandinas na corrente sanguínea causando inflamações e fortes dores abdominais, podendo levar a mulher a infertilidade, caso o tratamento ou cirurgia não seja iniciado em tempo hábil. Mulheres em idade reprodutiva, estão mais sujeitas a apresentarem essa doença. O surgimento da endometriose está relacionado ao fator genético, se a mulher possuir o gene especifico ele pode ser expressado e gerar desordem endometrial. Analisando os aspectos patológicos da endometriose segundo (MENGARDA, 2008 apud NÁCUL,2010) é uma doença caracterizada por um aparecimento de um tecido funcional semelhante ao endométrio comumente encontrado fora da cavidade uterina, especificamente no peritônio pélvico no septo retro vaginal e nos ovários, sendo também raramente encontrado no pericárdio, sistema nervoso e pleura, haja vista que o local da doença pode aparecer em distintas regiões, e com isto os sintomas vão variar de acordo com determinada região. A etiopatogenia é um aspecto até hoje não muito bem definido, porém diversas evidências já apontam a junção de vários fatores sejam eles hormonais, genéticos ou imunológicos, todos estes fatores poderiam em algum momento contribuir para a formação dos focos ectópicos da endometriose, a doença também pode apresentar um caráter crônico muitas vezes associados a uma grande morbidade física e emocional. Sabe-se que as mulheres portadoras dessa doença muitas vezes podem apresentar uma redução da sua qualidade de vida e suas respectivas atividades, o que fundamentalmente pode ocasionar em problemas psicossociais e frustração seguido de isolamento. Como foi supracitado anteriormente os sintomas muitas vezes vão variar de acordo com a localização anatômica seja ela no septo retrovaginal no ovário ou no peritônio, existe também a possibilidade da paciente simplesmente não apresentar sintomas aparentes (assintomática) mas os clássicos sintomas são comumente a dismenorreia severa, dispareunia profunda, dor ovulatória, dor pélvica crônica e uma possível fadiga crônica, porém exige também um certo cuidado diferencial em relação a estes sintomas pois muitos deles estão presentes em outras doenças como a síndrome do colo irritável, cistite intersticial ou até mesmo uma inflamação pélvica, todas estas doenças podem apresentar uma sintomatologia semelhante à da endometriose e devem ser cuidadosamente analisadas em um diagnóstico diferencial.

DESCRITORES: Endometriose. Mulheres. Genético

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

MIASTENIA GRAVIS AUTOIMUNE: O QUE É E COMO IDENTIFICAR ESSA DOENÇA

ANA LETÍCIA FERNANDES LIRA[1]; JOÃO ALVES DA SILVA NETO[1]; JOÃO LUCAS XAVIER PEREIRA[1]; LUÍS MATEUS CAMELO FRANÇA MARTINS[1]; MARIA LUIZA NÓBREGA LINS[1]; ANA KARINA HOLANDA LEITE MAIA[2]

A Miastenia Gravis Autoimune é uma doença rara que prejudica a interação do sistema nervoso central com os músculos. Com causa ainda desconhecida, sabe-se apenas que ocorre por uma disfunção nos receptores de acetilcolina, localizados entre o nervo e o músculo, causando fraqueza. Possui diversos sintomas como a voz anasalada, a qual é causada pela disfunção dos músculos do palato mole e da faringe. Ademais, é comum a ptose bipalpebral e a diplopia: o primeiro, em função do relaxamento dos músculos protactores e retractores do globo ocular; o segundo, do dano nos nervos ou nos músculos globulares que possibilitam os movimentos. Outro sintoma é a falta de ar, devido ao enfraquecimento do diafragma, importante para o movimento correto no processo respiratório. Por fim, há a dificuldade para mastigar e engolir, em decorrência da alteração dos músculos do sistema digestório. Mesmo sem cura, há melhora da qualidade de vida do paciente utilizando tratamento adequado, seja por cirurgia, terapia ou remédios. Um medicamento utilizado para diminuir os sintomas da miastenia é a piridostigmina, que reduz a produção de anticorpos que atacam os receptores de acetilcolina. Assim, é capaz de aumentar o tempo de viabilidade desta nas junções neuromusculares. Outros remédios utilizado são os corticosteroides, como a prednisona, que são utilizados no tratamento de doenças crônicas. Em alguns dos casos de miastenia gravis, é possível observar a presença de um timoma, sendo, assim, necessária a realização de uma cirurgia, chamada timectomia, a fim de retirar o tumor. Deste modo, há a diminuição da produção de anticorpos eliminadores dos receptores da acetilcolina, que estavam em excesso devido à hiperplasia cancerígena do timo. A miastenia gravis adquirida, desta forma, é uma doença que prejudica a ação muscular dos indivíduos, mas se tratada de forma ininterrupta, não interfere de forma demasiada em suas rotinas, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

DESCRITORES: Músculos. Acetilcolina. Junção Neuromuscular

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

OS RISCOS DE CONTAMINAÇÃO DE HEPATITE C DURANTE A GRAVIDEZ

FLÁVIO FELIX DE LIMA FILHO[1]; GUILHERME MEDEIROS PINTO DE SOUZA[1]; LETICIA MARIA DIAS NÓBREGA[1]; VICTOR ANDRADE ARAGÃO[1]; MARIA ANUNCIADA AGRA DE OLIVEIRA SALOMÃO[2]

A hepatite C é uma doença viral que leva à inflamação do fígado e raramente desperta sintomas, sendo ela uma das importante causa de morbi-mortalidade em todo o mundo. A transmissão vertical do vírus da hepatite C (VHC) é o principal mecanismo de infecção na criança que apresentam percentuais entre 4% a 7%. A história natural da hepatite C adquirida durante a gravidez não difere da adquirida fora deste período. No entanto, existem indícios de que o curso clínico da doença pode ser mais brando durante a gestação. A hepatite C ativa está associada a um aumento da incidência de desfechos obstétricos adversos. A realização de triagem sorológica através da detecção no sangue da criança de RNA do VHC para a hepatite C no pré-natal de todas as gestantes pode ser indicada no sentido de permitir o diagnóstico precoce de casos com orientação adequada a essas pacientes. Em muitos casos o pré-natal pode ser a única oportunidade de identificar uma mulher portadora permitindo sua orientação e avaliação para tratamento. A co-infecção com VIH aumenta o risco de transmissão vertical do VHC, mas a HAART (“highly active anti-retroviral therapy”) diminui o risco significativamente. O uso de eléctrodos para monitorização fetal interna também aumenta o risco de transmissão vertical. Os dados não são consensuais relativamente à duração da ruptura de membranas no risco de transmissão vertical. O parto por cesariana e a amamentação não alteram o risco de transmissão vertical, a menos que o mamilo apresente inflamação ou solução de continuidade da pele. Apesar de um melhor conhecimento dos factores de risco envolvidos na transmissão vertical do VHC, até à data não há intervenção eficaz na redução desse risco, visto que as drogas utilizadas atualmente para tratamento da hepatite C são contra-indicadas durante a gravidez.

DESCRITORES: Hepatite C. Gravidez. Transmissão Vertical

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CORRELAÇÃO ENTRE A HÉRNIA HIATAL E O REFLUXO GASTROESOFÁGICO

LETICIA AMARAL SHIZUE SUASSUNA[1]; MARIA CAROLINA YOKO ARAUJO YAMAUCHI[1]; STEFANO EMANUELE CIRENZA[1]; FELIPE BRANDÃO DOS SANTOS OLIVEIRA[2]

A hérnia hiatal é uma anomalia mais comum entre pessoas acima dos 50 anos, e em indivíduos acima do peso ou em estado de obesidade e nos últimos anos tem apresentado um aumento no número de incidências. É originada a partir do enfraquecimento muscular, que permite o extravasamento do estômago pelo orifício diafragmático pelo qual ocorre a passagem do esôfago, este extravasamento é geralmente assintomático, mas em alguns casos pode gerar desconforto no indivíduo, como refluxo gastroesofágico. As causas, embora sejam desconhecidas na maioria dos casos, podem ser classificadas como uma consequência congênita, ou como uma sequela de trauma torácico ou abdominal. Sendo um fator patogênico e sendo um achado frequente em associação as DRGE's. Diante desses dados e da relevância do tema, esse estudo busca analisar e apresentar as correlações entre a hérnia hiatal e o refluxo gastroesofágico, identificando os sintomas característicos do caso. Como fonte de informações para o embasamento e construção do estudo, foram utilizados 3 artigos da Scielo e do Google Acadêmico e o livro texto Tratado de Fisiologia Médica Guyton e Hall. Apesar do refluxo gástrico ser uma reação fisiológica normal, quando esse refluxo passa a ser acompanhado de sintomas como piroses e regurgitações, mesmo sem a presença de lesões teciduais, passamos a identifica-la como Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Enquanto isso, a hérnia hiatal é uma alteração anatômica, que surge como resultado do afrouxamento dos ligamentos frenoesofâgicos, causado pela distensão excessiva do esfíncter esofágico inferior, ocasionando uma sobreposição do diafragma crural. Em decorrência dessa alteração, a pressão fisiológica comumente exercida pela barreira anti-refluxo é reduzida, cominando em uma maior intensidade de refluxo gastroesofágico. Conclui-se que a DRGE é multifatorial, por não se limitar a presença da hérnia hiatal, ainda que esta se correlacione com a maior exposição ácida, assim, tendo a sintomatologia da DRGE expressa com mais intensidade quando comparados à pacientes livres da hérnia hiatal. O grau de desconforto e o prognóstico vão depender do tamanho da hérnia, tendo em vista que quanto maior mais agudo são as manifestações clínicas, e em casos mais severos sendo necessário a intervenção cirúrgica.

DESCRITORES: Hérnia Hiatal. Doença do Refluxo Gastroesofágico. Obesidade

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

INFECÇÃO URINÁRIA: COMPLICAÇÕES PERINATAIS

ANA BEATRIZ SOUSA CAVALCANTE[1]; ADRIANO FLORÊNCIO ALVES SILVA[1]; REBECA DA COSTA E SOUSA SCHNEIDER[1]; TATIANE COSTA DE SOUZA CAVALCANTI[1]; VITÓRIA LEITÃO MARTINS CÉSAR[1]; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA DE LIMA[2]

A infecção urinária pode comprometer somente o trato urinário baixo, o que especifica o diagnóstico de cistite, ou afetar simultaneamente o trato urinário inferior e o superior; neste caso, utiliza-se a terminologia infecção urinária alta, também denominada pielonefrite. A infecção urinária baixa ou cistite pode ser sintomática ou não, mas habitualmente, as cistites são infecções não complicadas enquanto as pielonefrites, ao contrário, são mais complicadas, pois em geral resultam da ascensão de microrganismos do trato urinário inferior e estão freqüentemente associadas com a presença de cálculos renais. A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas mais comuns de infecção na população geral. É mais prevalente no sexo feminino, mas também acomete pacientes do sexo masculino principalmente quando associada à manipulação do trato urinário e à doença prostática. Vários fatores tornam a infecção do trato urinário (ITU) uma relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno, quanto o perinatal. Para o diagnóstico clínico das ITU durante a gravidez é necessário relembrar que alguns sintomas da infecção são difíceis de caracterizar, visto que, durante a gravidez, alguns deles podem estar presentes, a exemplo da polaciúria. Por sua vez, as Bacteriúrias Assintomáticas (BA) não apresentam nenhuma manifestação clínica. No entanto, a anamnese permite identificar gestantes com maior risco para ITU. Também deve ser apontada a importância do diagnóstico topográfico da infecção, visto que, os sintomas e sinais são característicos de cada forma clínica, mas, na prática, estas manifestações podem confundir o profissional de saúde. A urgência miccional pode estar presente, mas em percentual de ocorrência mais baixo. No entanto, estas manifestações podem também estar presentes na cistite e na pielonefrite, por irritação do epitélio uretral ou como dor irradiada de um processo infeccioso mais alto no trato urinário No entanto, durante a gravidez, o entendimento desta definição deve ser ampliado, considerando-se os riscos potenciais de complicações perinatais das ITU. Por isso, o conjunto do diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, é imprescindível durante a assistência pré-natal, além de estudos de urina nas grávidas para detectar infecções sem sintomas e tratá-las com antibióticos antes que se tornem infecções graves. Também é útil manter uma dieta saudável, evitar a constipação, tomar bastante líquido e seguir os controles de gravidez, evitando o comprometimento do prognóstico materno e gestacional e prevenindo as infecções severas.

DESCRITORES: Infecção Urinária. Cistite. Trato Urinário

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO À SAÚDE ASSOCIADOS À GASTRITE CRÔNICA.

CARLOS AURÉLIO SILVA TORQUATO NETO[1]; LAUAN NUNES DE NOGUEIRA[1]; MARIANA NUNES MORAES DE ARAUJO[1]; VINICIUS FURTADO CÂNDIDO PALMEIRAS SANTOS[1]; IARA MEDEIROS DE ARAUJO[2]

Introdução: A gastrite crônica é uma inflamação da mucosa do estômago, que dura mais de 3 meses e apresenta uma evolução lenta e muitas vezes assintomática, que pode levar a sangramentos e ao desenvolvimento de úlceras no estômago. A gastrite pode surgir por causa do uso prolongado de medicamentos ou infecções bacterianas, como a infecção pelo H. pylori O H. pylori é considerado o agente etiológico em mais de 95% das gastrites crônicas e doenças ulcerosas pépticas tanto em adolescentes e crianças quanto em adultos. O H. pylori coloniza a mucosa gástrica humana com mínima competição por parte de outros microrganismos, e parece estar particularmente adaptada a esse ambiente. Sobre a epidemiologia, a infecção tem um padrão típico de transmissão interpessoal com intensa prevalência em jovens de países desenvolvidos e populações de baixa renda. Objetivo: abordar os fatores de risco relacionados a gastrite Crônica. Metodologia: O trabalho foi baseado em revisão bibliográfica acerca dos fatores de risco associados a gastrite crônica. Resultados: Diversos fatores etiológicos podem estar relacionados à progressão da gastrite crônica dentre eles: o uso de medicamentos anti-inflamatórios, como a aspirina, infecções bacterianas como por exemplo o H. pylori , o consumo de álcool que resulta no rompimento da barreira da mucosa gástrica e como consequência a retrodifusão de H+, fatores intrínsecos (como a idade, sexo e etnia), fatores ambientais e contextuais ligados ao nível socioeconômico e estresse . A identificação de uma gastrite crônica quando presente, está associada à dispepsia, náuseas e vômitos. O diagnóstico da gastrite crônica necessita da coleta de biópsia gástrica, sendo obtida através da endoscopia digestiva Considerações finais: A gastrite crónica é uma situação comum e muitas vezes assintomática, mas que pode evoluir para situações mais complicadas. A saúde preventiva tem ganhado atenção especial e se tornado um desafio para a medicina nos últimos anos. Estar atento aos sintomas, fazer exames para o diagnóstico da patologia e consultar o médico que orientará a situação pode fazer a diferença, evitando assim problemas no futuro.

DESCRITORES: Gastrite Crônica. H. Pylori. Estômago

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

HEPATITES VIRAIS: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

ANDREA VAZ DINIZ[1]; MAYANE MARIA FERNANDES DOS SANTOS[1]; MAYSA RAMOS DE LIMA[1]; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA[2]

As hepatites virais são de grande importância para Saúde Pública, pelo número de pessoas atingidas, pela probabilidade de complicações das formas agudas e crônica e pela incompreensão por grande parte destas pessoas quanto a sua condição sorológica, o que pode levar a um aumento de sua transmissão. Nesta situação as equipes de atenção básica têm papel essencial na prevenção, no diagnóstico e na assistência das pessoas portadoras – sintomáticas ou não – de hepatites virais. O presente estudo tem por objetivo conhecer sobre as hepatites virais e suas implicações para a Saúde Pública. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, explorando os principais aspectos do tema, de modo a oferecer elementos que possam subsidiar a formulação de ações de saúde no âmbito da atenção básica. Foram abordados aspectos que envolvem a hepatite viral, como o fígado, que é o principal órgão humano afetado pela patologia. Em seguida, são identificados e descritos os fatores de risco e epidemiologia da doença. Os descritores utilizados na pesquisa foram fatores de risco, epidemiologia da hepatite, e atenção básica. A hepatite viral é uma infecção sistêmica conseguinte da disfunção hepática. Os hepatócitos sendo lesados ocasionam uma resposta inflamatória, contudo, as suas manifestações clinicas e as suas consequências são diferentes, fazendo com que um /diagnóstico de hepatite seja incompleto. As evoluções na medicina têm ajudado no reconhecimento dos agentes virais, sua fisiopatologia, desenvolvimento, vacinas e medicamentos. São considerados vírus causadores das hepatites virais: A, B, C, D e E. As evidencias apontadas pela literatura indicaram que mesmo sendo a hepatite viral um relevante problema de saúde pública, o seu predomínio é desconhecido devido à subnotificação. Diante disso, observou-se que os serviços de saúde do SUS pouco têm dispensado atenção e reconhecimento ao diagnóstico das hepatites virais e a insuficiência das ações preventivas pode acarretar aumento considerável do número de portadores da doença. Portanto, conclui-se a importância da busca epidemiológica para a identificação de fatores de risco para a infecção das hepatites, onde ações de promoção, prevenção e de controle das hepatites virais devem ser realizadas. É preciso sensibilizar e conscientizar toda a equipe da atenção básica em relação às notificações de hepatite, como também sensibilizar os setores político-administrativos para a implementação de estratégias para investigação diagnóstica mais compatíveis com a região, através de normas preventivas e terapêutica especificas.

DESCRITORES: Hepatite. Saúde Publica. Atenção Básica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

INFECÇÃO NO TRATO URINÁRIO RELACIONADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA

JOÃO PAULO OLIVEIRA ACIOLY[1]; NAIR PEIXOTO XAVIER CLEROT[1]; RODRIGO BARACUHY DA FRANCA PEREIRA[1]; IARA MEDEIROS DE ARAÚJO[2]

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é considerada uma das mais frequentes infecções bacterianas no ser humano, e ocorre pelo acesso de micro-organismo, podendo se instalar na própria uretra e próstata, avançando para a bexiga e, com mais dificuldade, para o rim, essa doença atinge todas as idades. Uma das principais causas de ITU é devido à Sondagem Vesical de Demora (SVD). Mais de 10% dos pacientes hospitalizados são submetidos ao cateterismo vesical de demora, predispondo-os à infecção. Diversos fatores influenciam esta contaminação, especialmente a duração da utilização do cateter e a colonização do meato uretral por bactérias patogênicas. Nos hospitalizados que precisam se submeter ao uso da SDV, normalmente usadas em casos de retenção urinária, no pré e pós-operatório, a presença do sistema de drenagem de urina aberto resulta em bacteriúria em 100% dos casos, depois de quatro dias. Já naqueles com sistema de drenagem de urina fechado, a bacteriúria irá ocorrer em 5% a 10% dos casos, por dia de manutenção do cateter. Diversos sintomas podem estar relacionados as infecções no trato urinário tais como: micção frequente, desconforto na bexiga, urina com dor, escura e/ou presença de sangue, incontinência urinária, irritação e sensibilidade nas partes genitais. O diagnóstico é concluído por meio de exames clínicos (sintomas) e os laboratoriais (urocultura, exame de urina I com sedimento urinário, antibiograma, hemocultura e exames de imagem. Portanto, o uso de SVD, por aumentar o risco de ITU, deve ser evitado e reduzido em número, e, quando o seu uso realmente for necessário, a higienização durante a aplicação deve ser rigorosa, a sua retirada deve ser efetuada em um curto intervalo de tempo e deve haver uma revisão diária do procedimento. O tratamento de ITUs consiste no uso de antibióticos, estabelecidos de acordo com o grau e o tipo de infecção. Com o objetivo de determinar a incidência e os fatores de risco relacionados à Infecção do Trato Urinário (ITU) em pacientes submetidos à Sondagem Vesical de Demora (SVD). O trabalho foi baseado em revisão bibliográfica acerca dos principais sintomas relacionados a infecção do trato urinário, focando nos pacientes, este trabalho foi concluído.

DESCRITORES: Micção. Incontinência Urinária. Antibiograma

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

NEUROESQUISTOSSOMOSE: IMPACTO NA SAÚDE DE MORADORES RURAIS

CARLOS FÁBIO VIEIRA JUNIOR[1]; IVONETE FORMIGA GARCIA[1]; MARIA ADALGISIA DE ARAUJO[1]; MARIA THEREZA DE FREITAS LEITE[1]; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA[2]

A neuroesquistossomose é o comprometimento do sistema nervoso diretamente pelo parasita ou indiretamente pela deposição de complexos imunes circundantes, produzindo ou não sintomatologia e sendo a forma ectópica mais frequente e incapacitante da infecção esquistossômica. Aproximadamente 20 a 30% dos portadores da esquistossomose mansônica tem comprometimento do sistema nervoso central. Essa patologia pode se manifestar clinicamente por meningomielorradiculite, mielite, radiculite ou pela forma pseudotumoral cerebral ou medular. Seu diagnóstico é fundamentado em dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. O estudo tem como objetivo, realizar uma revisão sobre o impacto da neuroesquistossomose na saúde de moradores rurais. Trata-se de uma revisão bibliográfica, pautando-se na publicação de referências encontradas em artigos indexados em base de dados e revistas científicas. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Libray Online, das plataformas Scielo e BVS. Estudos mostram que o impacto da neuroesquistossomose em moradores rurais ocorre pelo fato que como o ciclo biológico da esquistossomose depende do caramujo e este vive em lagoas que estejam contaminadas com cercárias que é a forma larval infectante da esquistossomose. Diante a este contexto, quando um morador rural tiver contato com a água de uma lagoa contaminada, o indivíduo irá se contaminar. Além disso, a zona rural terá um impacto maior devido também há não haver um significativo tratamento das lagoas contaminadas, como também não haver um destino seguro das fezes, ou seja, o saneamento básico é precário quando comparado com a zona urbana. Portanto, a zona rural, por haver uma maior quantidade de reservatórios naturais (lagos, lagoas, rios açudes) e de caramujos contaminados pelas condições inadequadas de saneamento básico, se torna mais vulnerável aos impactos dessa doença. Diante disso, esse trabalho analisa como a neuroesquistossomose influencia a vida daqueles que possuem essa patologia, dando ênfase aos moradores de áreas rurais, tendo em vista que estes são os principais acometidos pela doença, segundo a epidemiologia.

DESCRITORES: Neuroesquistossomose. Esquistossomose. Moradores Rurais

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SINTOMATOLOGIA E TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

MARIA BEATRIZ GRANGEIRO MATIAS[1]; MARIA EDUARDA RAFAEL SOUSA[1]; NIVIA MARIA SIQUEIRA PINHEIRO[1]; TAISA PINTO NASCIMENTO PEREIRA[1]; ANA KARINA HOLANDA LEITE MAIA[2]

Introdução: a Endometriose é resultado do crescimento do endométrio- mucosa que reveste a parede interna do útero, em outras regiões do corpo, o que é responsável por acarretar fortes dores durante a menstruação, bem como dificuldade na fecundação. Além disso, é cabível enfatizar que pode também ocorrer dispareunia, ou seja, dor durante relação sexual, devido a endometriose gerar uma reação inflamatória. Objetivo: Informar aos profissionais e acadêmicos de saúde sobre a importância do diagnóstico e do tratamento para a Endometriose. Metodologia: Trata-se da análise e reflexão de um Caso Clínico estudado durante a Disciplina de Tutoria por discentes do 1º Período do Curso de Medicina, que orientados por uma Tutora, realizaram reuniões durante o mês de Março de 2019, tendo como objeto de pesquisa a Endometriose, utilizando conhecimento científico de livros e sites como base metodológica. Resultados e Discursão: A Endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora do útero, ocorrendo mais frequentemente na cavidade pélvica, acometendo peritônio, ovário, bexiga e/ou intestinos. Os principais sintomas da Endometriose são: dismenorréia, algia pélvica crônica, infertilidade, dispareunia, alterações intestinais e urinárias cíclicas. Os tratamentos para endometriose têm como foco a dor e a infertilidade. São empregados tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico. Esse último pode ser radical ou conservador. Os tratamentos farmacológicos compreendem: agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa), inibidores de aromatases (AIs), moduladores seletivos do receptor de estrógeno (SERMs), moduladores seletivos do receptor de progesterona (SPRMs), inibidores de ciclooxigenase-2 (COX-2), ácidos graxos - Omega-3, tiazolidinedionas, extratos naturais e vitaminas, estatinas, fatores antiangiogênicos e agonista de canabinóide. Considerações Finais: A Endometriose é uma patologia complexa, com sintomas relevantes e pode causar infertilidade. O Diagnóstico pode ser feito por meio de ultrassonografia, ressonância magnética e em último caso, a laparoscopia. O presente estudo do Caso Clínico contribuiu para ampliar o conhecimento em relação à Endometriose.

DESCRITORES: Endometriose. Saúde da Mulher. Dor Pélvica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B: UM ESTUDO SOBRE A POPULAÇAO CARCERÁRIA

AMANDA FLORÊNCIO ALVES DA SILVA[1]; ANNA LORENA SANTANA PIRES[1]; BRUNO SOUTO DA SILVA[1]; DARIO RIQUE DE ANDRADE LIMA[1]; MARIAH PALITOT REMÍGIO DE CARVALHO ALMEIDA[1]; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA[2]

A hepatite é a inflamação do fígado que pode ser causada por vírus uso de álcool e outras drogas, assim como por doenças autoimunes, metabólicas e genéticas. Em alguns casos, são doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas, mas sua cronicidade pode levar a cirrose do fígado e ao hepatocarcinoma. No ano de 2017 o País registrou 40.198 casos novos de hepatites virais. O conhecimento sobre a ocorrência, assim como os fatores associados, da hepatite B em instituições prisionais é relevante à saúde pública, tendo em vista que nestes locais dispõe de instalações físicas precárias, superlotação nas celas, bem como os comportamentos de risco de seus internos que podem contribuir para a manutenção da cadeia de transmissão da infecção. O presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência do marcador HBSAG, correlacionando-a a fatores associados à infecção pelo vírus da hepatite b em internos de sistema prisional. Foram realizados levantamentos por meio de dados do Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), artigos originais publicados na base da Scielo desde o ano de 2015 até a presente data. A prevalência de HBsAg positivo foi de 0,5%, com associação estatisticamente significativa com as variáveis “não gostar de utilizar preservativo” e “não saber como prevenir infecções sexualmente transmissíveis”.– Presente na fase aguda e crônica da doença que foram encontradas no estudo dentre os participantes, 92,8% eram do sexo masculino, (52,4%), 48,6% estavam na faixa etária de 23 a 32 anos, com idade média de 30 anos, máxima e mínima de 17 e 81 anos. A positividade para o HBsAg ocorreu em sua totalidade no sexo masculino, sem predominância significativa para a cor de pele e situação conjugal. As dificuldades de obtenção de respostas confiáveis em relação a práticas homossexuais e uso de drogas injetáveis ou o pequeno tamanho da amostra estudada, podem ter interferido na detecção da prevalência de HBsAg positivo desses fatores. Por outro lado, 16% da população de prisioneiros apresentam-se tatuada, sendo esta característica estatisticamente mais frequente nos indivíduos soropositivos. Portanto, conclui-se que os resultados evidenciam para a necessidade da implementação de estratégias educativas e de assistência à saúde, visando à prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno. Sugere-se que os fatores de risco para infecção para o VHB em população carcerária sejam investigados por meio de estudos prospectivos, de incidência, realizados no momento da admissão.

DESCRITORES: Hepatite B. Sistema Prisional. Infecção Viral

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE: UM FATOR PARA A INFERTILIDADE

ARIANA LACERDA GARCIA[1]; BIANCA PASSOS MEIRA ALMEIDA[1]; FERNANDA YOHANNA GONÇALVES BEZERRA[1]; JULIANA SOBRAL RAMOS[1]; REBECA TAVARES DANTAS[1]; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM[2]

A Endometriose é caracterizada pela presença do endométrio fora da cavidade uterina, o que ocasiona um processo inflamatório abdominal, podendo ser classificado como retovaginal ou retouterina pelas literaturas ginecológicas. Tal doença é desenvolvida em decorrência de fatores genéticos e até mesmo, externos, como por exemplo, o tabagismo e sedentarismo. De acordo com a Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia, entre 50% e 70% das mulheres com o problema costumam ser diagnosticadas com infertilidade, pois, nesse caso específico, irá existir presença de endométrio em locais chaves para a fertilização, como as trompas. Pesquisas realizadas tendo como base mulheres acometidas por endometriose, obteve-se como resultado que cerca de 70% destas apresentaram infertilidade após o fim ou durante o tratamento. Vale salientar que nem sempre o grau da doença é proporcional ao os seus efeitos colaterais, podendo apresentar Endometriose de grau leve e posteriormente constatar a incapacidade de engravidar, como também o fator inverso, sendo influenciado por características hereditárias próprias de cada mulher. Tal realidade foi constatada por mulheres em idade reprodutiva, que receberam o diagnóstico de infertilidade após tentativas negativas da maternidade ou abortos espontâneos, o que acompanha-se pelo desenvolvimento de estresse e traumas psicológicos, por isso, faz-se necessário o devido acompanhamento psicológico e clínico a paciente, em busca de apoio durante e após o diagnóstico desse distúrbio. A metodologia do trabalho consiste em uma análise referente a estudos literários baseados em livros ginecológicos e artigos científicos aplicados a Endometriose, com ênfase no fator da Infertilidade. Assim como, possui objetivo de identificar a relação entre a Endometriose e os altos índices de Infertilidade nas mulheres em idade reprodutiva. Desse modo, concluímos que mesmo sendo uma patologia benigna, a demora do diagnóstico e o tratamento inadequado da doença pode gerar modificações anatômicas irreparáveis no aparelho reprodutor feminino, sendo a infertilidade o mais frequente destas.

DESCRITORES: Endometriose. Infertilidade. Mulher

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CISTITE INTERSTICIAL CRÔNICA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

JOÃO GABRIEL LEMOS DE MENESES[1]; KARLA JULLIANNE PINTO LEITE RAMALHO AZEVEDO[1]; MARIA EDUARDA DE MENEZES NUNES[1]; RHÉVIA MARA DE FIGUEIREDO LEANDRO[1]; RODRIGO FALCONE RIBEIRO COUTINHO[1]; HOMERO PERAZZO BARBOSA[2]

Introdução: A cistite Intersticial crônica é uma doença inflamatória crônica da bexiga, de origem e patogênese ainda discutida, foi descrita inicialmente como uma afecção tratável, mas difícil de ser curada. A caracterização da doença se baseia na sintomatologia clínica, não existem marcadores específicos. Pode estar associada a diversos fatores de risco, como mecânicos, imunes e a agentes etiológicos. Diante disso este estudo objetiva-se em descrever o diagnóstico e tratamento da cistite intersticial crônica. Metodologia: O presente estudo foi feito mediante pesquisa bibliográfica realizada na base de dados da BVS e SCIELO, tendo como caráter de inclusão os artigos publicados no período de 2010 a 2019, que abordavam a etiologia, diagnóstico e tratamento da cistite intersticial crônica. Resultados e discussões: São associadas varias hipóteses etiológicas acerca da cistite intersticial crônica, sendo mais consideráveis as de origem infecciosa, neurogênica, endócrina, inflamatória, psicogênica, auto-imune e a obstrução linfovascular. Geralmente o episódio de infecção urinária antecede a cistite intersticial, sendo mais comum em mulheres. Observam-se ulceração epitelial, inflamação da submucosa, mastócitos, ruptura da barreira de muco e aumento da permeabilidade epitelial. O diagnóstico se dará por meio de um detalhamento sobre a sintomatologia que mais comumente se apresenta, como freqüência miccional aumentada, urgência e dor supra e infrapúbica ou perineal geralmente relacionada com a distenção vesical, com ou sem incontinência urinária. Observar com detalhamento o início, duração, periodicidade das crises, fazer exame físico detalhado, além dos exames laboratoriais de urina e citologia urinária. A confirmação do diagnóstico é feita a partir da presença de petéquias ou úlceras e Hunner no exame de citoscopia, associado a dor e urgência miccional. Após a confirmação, o tratamento pode ser realizado de forma sistêmica ou local, fazendo o uso de drogas isoladas ou em combinação, a melhora dos hábitos alimentares e a pratica de exercícios colaboram com o êxito da terapêutica, a cirurgia só será indicada em após a tentativa inicial de tratamento e conforme o caso de cada paciente. Considerações finais: Conclui-se que o diagnóstico preciso será primordial para determinar o tratamento da cistite, e a postergação do mesmo acaba prolongando os efeitos dos sintomas no paciente, e que o tratamento correto e os hábitos saudáveis colaboram para o êxito da terapêutica.

DESCRITORES: Cistite intersticial. Dor pélvica. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

IMUNOSSUPRESSÃO NA GRAVIDEZ: COMO CAUSA PARA A INFECÇÃO NO TRATO URINÁRIO

CYNTHIA ROLIM DE ALMEIDA[1]; ISABELA LAURINDA DE MELO SOUZA[1]; MARCOS AUGUSTO MACENA ROMÃO[1]; RICARDO AUGUSTO CAVALCANTI BRAZ[1]; MARCOS MEDEIROS[2]

Introdução: A infecção no trato urinário é causado por bactérias que envolve os adultos, sendo mais de 50% nas mulheres. A cistite não cuidada e não tão avançada entra no aspecto da normalidade nas mulheres, estando elas gravidas ou não. Devido aos fatores mecânicos e hormonais que corre na fase da gravidez, as mulheres ficam mais predisposta ao aparecimento de infecções urinária de forma mais sintomática. Esse tipo de infecção é característico de proliferação de micro-organismo patogênicos no trato urinário, um problema que ocasiona uma estimativa de 20% de gestantes. Dos agentes de infecciosos, a Escherichia coli é o micro-organismo mais comumente envolvido, sendo seguido por enterobacterias, espécies de Staphylococcus, Enterococcus faecalis e Streptococcus do grupo B. Diante desse quadro de infecção urinaria,como consequência, ocasiona complicações na gestação tais como: trabalho de parto e parto pré-termo, recém-nascidos de baixo peso, ruptura prematura de membranas, restrição de crescimento intra-útero, paralisia cerebral, entre outras. Dessa forma, no caso das jovens não gestantes, o que ocasiona esse tipo de doença é a relação sexual recente e frequente. Assim como também existe outros fatores do cotidiano que deixa a mulher mais susceptível a essa infecção como: as mudanças da flora vaginal devido a menopausa, uso de antibióticos, retardo na micção pós-coito, entre outros. Objetivos: Aprofundar o conhecimento acerca desse tipo infecção, expondo suas causas, o quadro clínico do paciente e os possíveis tratamentos. Metodologia: Esta pesquisa se trata de um estudo bibliográfico descritivo, realizado através de busca em base de dados Scielo, Bireme, Pubmed e em casos clínicos da Tutoria Científico – Acadêmica da Famene. Resultados e discussão: A infecção urinária é considerada uma doença infecciosa bem comum a qual afeta o trato urinário de mulheres no período da gestação. No período da gravidez ocorre diversas transformações fisiológicas no corpo feminino e estas deixam as mulheres propensas a esse tipo de infecção. O trato urinário é considerado estéril isso acontece porque ele é resistente a colonizações bacterianas (em casos de bacteúria). Quando o trato é infectado por bactérias, isso ocorre normalmente pela presença de bactérias aeróbicas do tipo Gram negativas; e cocos Gram positivos. O diagnóstico diferencial se da pela presença de cistite e pielonefrite. O tratamento é realizado a base de antibióticos específicos para cada tipo bacteriano ao qual o trato urinário da gestante está exposto. Conclusão Portanto, devido a grandes mudanças fisiológicas na gestação , a mulher torna-se mais susceptível a infecções, principalmente no trato urinário pois sua imunidade é alterada diante a evolução da gravidez .

DESCRITORES: Cistite. Trato Urinário. Infecção

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE: UMA DAS CAUSAS DA GRAVIDEZ ECTÓPICA TUBÁRIA

LETÍCIA ARAÚJO BANDEIRA[1]; MARIA DAS GRAÇAS DE AZEVEDO DINIZ[1]; NARJARA SEIXAS BATISTA GADELHA[1]; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM[2]

A endometriose é uma patologia de caráter inflamatório que atinge as mulheres. Provocada por células localizadas no endométrio que em vez de serem expelidas por completo no período menstrual acabam migrando em sentido oposto e caem nos ovários ou na cavidade abdominal, onde voltam a se multiplicar. Após esse processo de estorno de sangue para as cavidades internas, ocorre o desencadeamento de problemas do tipo aderência, o colabamento das vias, ocasionando o crescimento de tecidos. Esse processo de hiperplasia tecidual exerce pressão em determinados compartimentos do órgão genital feminino e de suas proximidades, resultando em um quadro inflamatório crônico. Segundo a obra literária Ginecologia de Williams, as taxas de gravidez ectópica são cada vez maiores devido a fatores como doenças sexualmente transmissíveis, infecções, patologias tubárias, gravidez tardia, aumento nas taxas de dispositivos intrauterino (DIU) e laqueadura tubária, sendo estas duas últimas por falha em seus procedimentos. Nesse contexto, vale destacar que mulheres com endometriose têm mais chances de desenvolver gravidez ectópica. O presente estudo tem como objetivo compreender a existência do risco de uma gravidez ectópica tubária em mulheres com endometriose, usando como base artigos científicos, pesquisas bibliográficas, a Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva, o livro Princípios de Anatomia e Fisiologia de Tortora e Derrickson e a obra Ginecologia de Williams. Tal quadro ocorre devido ao acúmulo de tecido endometrial nas tubas uterinas o que dificulta o trajeto do zigoto até o útero, favorecendo a implantação dele nessa cavidade. No entanto, as tubas uterinas não possuem condições favoráveis para que a gravidez se desenvolva de forma saudável. Pois, elas não fornecem os nutrientes necessários e espaço suficiente para o feto crescer. Os principais sintomas de tal patologia são dores locais no abdômen, na parte lateral do corpo ou pélvis, contração uterina, sangramento vaginal anormal e irregular e cólica. Em alguns casos, a concepção continua normalmente e a mulher sofre um aborto tubário. Em outros, a paciente será submetida à cirurgia de abertura da tuba (laqueadura) para interromper a gestação ou em casos mais graves ocorrerá à remoção de uma das tubas (histerectomia). Assim, é importante que haja um diagnóstico prematuro da endometriose com a finalidade de evitar uma gravidez ectópica e, consequentemente, a ruptura das tubas uterinas e uma hemorragia interna.

DESCRITORES: Endometriose. Endométrio. Gravidez Ectópica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DE PARKINSON: CONHECENDO A FISIOPATOLOGIA

ARTHUR DE FRANÇA MARQUES[1]; DJALMA BENTO FERNANDES NETO[1]; LEONARDO CÉSAR MAIA E SILVA[1]; MAICON LUAN ALBUQUERQUE SILVA[1]; WALDYR LIRA DOS SANTOS LIMA NETTO[1]; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI[2]

A Doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa, crônica e progressiva que se caracteriza pela perda de células da parte compacta da substância negra e o depósito de α-sinucleína que irá se agregar em áreas específicas do tronco cerebral, da medula espinhal e de regiões corticais. A tríade do Parkinson abrange além do tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia, a instabilidade postural e ataxia também. Os sintomas neuropsiquiátricos e autonômicos constituem um importante problema entre os parkinsonianos. É considerada a segunda doença mais comum em idosos, sendo a primeira o Alzheimer. Tem alta prevalência conforme o aumento da idade. É causada por uma diminuição intensa da produção de dopamina. A característica patológica é a perda de células nigroestriatais e o depósito de α-sinucleína que se agrega aos Corpos de Lewy. Além disso, é uma doença ocasionada também por alterações funcionais dos sistemas dopaminérgico, pois a degeneração neuronal afeta as vias mesolímbica, mesocortical e nigroestriatal; noradrenérgico pois o locus coeruleus tem perda de metade dos neurônios pigmentados; serotoninérgico, na qual foi observada perda de mais da metade dos neurônios no núcleo dorsal da rafe; e colinérgico, pois entre os demenciados verificou redução de mais da metade de neurônios colinérgicos no núcleo dorsal da rafe. A doença se inicia no plexo autonômico gástrico de Meissner e nas terminações neurais olfatórias, daí se propagando para o tronco cerebral, particularmente, o mesencéfalo. No mesencéfalo, mais precisamente, nos núcleos dorsais do vago, no núcleo do glossofaríngeo, no núcleo olfatório e na área intermédia. Em seguida, a evolução pode ser dividida em mais cinco etapas: 1 – núcleos da rafe, núcleo gigantocelular e locus coeruleus; 2 – parte compacta da substância negra; 3 – áreas prosencefálicas do mesocórtex temporal; 4 – áreas de associação do neocórtex frontal; 5 – áreas de associação do neocórtex, áreas pré-motora e motora. Como não existe nenhum exame complementar que confirme o diagnóstico, sendo o conhecimento clínico a chave para ele, é de suma importância identificar e descrever seus principais mecanismos fisiopatológico para, além de auxiliar na compreensão da instalação da doença, também fomentar novas pesquisas a produzir medicamentos que possam ser efetivos no tratamento da doença em vista das limitadas drogas como opções de tratamento atualmente. Neste texto, foi feita uma exposição da fisiopatologia da Doença de Parkinson.

DESCRITORES: Doença de Parkinson. Fisiopatologia. Doença Neurodegenerativa

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

FORAME OVAL PATENTE: REFLEXÕES SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

GABRIELA MARIA FERREIRA COÊLHO[1]; ISABELLA VIEIRA DO Ó[1]; VIVIAN MARIA MAIA[1]; MARINA TAVARES COSTA NÓBREGA[2]

INTRODUÇÃO: O forame oval é um pequeno orifício localizado no meio do septo interatrial do coração, esse orifício permite o contato de sangue venoso e arterial, ocasionando um shunt, com o sangue passando do átrio direito para o átrio esquerdo de forma irregular. Grande parte das pessoas que possuem essa abertura no coração consegue viver normalmente por um tempo, até que comecem a surgir coágulos nessa passagem. Quando isso acontece o forame oval patente (FOP) torna-se uma causa potencial de acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico. Normalmente o FOP não causa sintomas a não ser que ocorra um episódio de embolização. Nesta situação o sintoma vai depender do território que sofreu embolização e pode incluir: paralisia de parte do corpo, alterações de comportamento e ou memória, dificuldade de fala, esfriamento de parte do corpo (perna/braço/pé) e dor abdominal. OBJETIVO: Apresentar características do Forame Oval Patente, evidenciando o diagnóstico e o tratamento dessa patologia. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo acerca das características do Forame Oval Patente, cuja fonte de informação foram bases de dados (Portal do Ministério da Saúde) e artigos encontrados em site de busca (Scielo). RESULTADO: Esta abertura é necessária durante a fase gestacional. Em 70% das pessoas, obstrui-se ao longo do tempo, mas, em 30%, permanece aberta. Possuindo como principal risco, a ocorrência de uma embolização do sistema venoso ao sistema arterial, com complicações neurológicas ou periféricas. Sendo mais recomendável, que seja feito o tratamento (cirúrgico e medicamentoso), para alívio do paciente. Para diagnóstico dessa patologia, deve-se considerar hipoxemia, dispneia na posição ereta na síndrome de platipneia-ortodeoxia, sensação de frio, formigamento nos membros, aneurisma do septo atrial e exame cardíaco anormal, como principais sintomas para o FOP. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se que o Forame oval patente é uma estrutura anatômica que está presente em 30% da população e é localizada no septo interatrial. Não causa sintomas exceto ocorra um episódio de embolização, com complicações neurológicas ou periféricas. Deve ser feito um tratamento cirúrgico e medicamentoso, causando sensação de alívio para o paciente.

DESCRITORES: Forame Oval. Septo Interatrial. Embolização

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DE PARKINSON

ÉLID SOUZA LIMA[1]; GABRIELA BEZERRA SILVA MARTINS[1]; TALLITA MARIA IRINEU COELHO[1]; ANA PAULA NASCIMENTO SILVA DIAS[2]

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença crônica definida por um distúrbio neurológico progressivo, caracterizado principalmente pela degeneração das células (neurônios) da camada ventral da parte compacta da substância negra e do lócus ceruleus. Tal degeneração resulta na diminuição da produção de dopamina, produzindo um conjunto de sintomas caracterizados principalmente por distúrbios motores, marcada por tremor, rigidez, lentidão dos movimentos (bradicinesia), dificuldade para iniciar os movimentos (acinesia), volume da voz baixo (hipofonia), queda da pressão arterial ao se levantar (hipotensão ortostática), lentidão mental (bradifrenia) e produção excessiva de saliva (sialorreia). É importante ressaltar as consequências biológicas da deficiência de dopamina para a compreensão das estratégias terapêuticas na DP. A primeira delas é hiperatividade das fibras glutamatérgicas que se projetam do córtex cerebral para o estriado. Isso acontece porque há receptores dopaminérgicos inibitórios nas porções terminais das fibras córtico-estriatais, ocorrendo desinibição destas com a deficiência de dopamina. Uma segunda consequência é o aumento da expressão de receptores do tipo D3 nos neurônios de projeção do estriado. Outro resultado da escassez de dopamina é o surgimento de hiperatividade do globo pálido medial e, sobretudo, do núcleo subtalâmico. Este efeito decorre da redução da atividade da via direta (facilitadora do movimento) e aumento dos disparos da via indireta (inibidora do movimento) de conexão entre o estriado e o pólo efetuador dos núcleos da base, constituído pelo globo pálido interno e pela parte reticular da substância negra. Apesar de a disfunção dopaminérgica ser fundamental, não se pode subestimar a participação de outros mecanismos na fisiopatologia da DP. Não existe, por exemplo, correlação inequívoca entre a queda da transmissão dopaminérgica medida através de neuroimagem funcional (PET, tomografia por emissão de pósitrons e SPECT, tomografia por emissão de fóton único) e a progressão da DP avaliada através de escalas como a UPDRS (do inglês: “Unified Parkinson’s Disease Rating Scale”), que quantificam sinais e sintomas. Ainda, a deterioração clínica observada na DP parece correlacionar-se a dois outros fatores: surgimento de lesões em sistemas não-dopaminérgicos e alterações moleculares nos neurônios de projeção do estriado. A DP predomina no sexo masculino (homem–mulher/ 3:2), com início entre 50 e 65 anos de idade. É de grande importância que a DP seja tratada de maneira multiprofissional (médico, fisioterapeuta e psicólogo) e acima de tudo projetada de acordo com cada caso. A levodoterapia (levodopa associada com carbidopa) ainda é a melhor terapêutica para a doença. A maioria dos artigos recentes indicam que esta forma de tratamento deve começar logo após o diagnostico da DP ser confirmado.

DESCRITORES: Doença de Parkinson. Distúrbio Neurológico Progressivo. Sintomas

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ABORDAGEM SOBRE A INFECÇÃO DO VÍRUS DA HEPATITE B E SUA INTERRELAÇÃO COM O HEPATOCARCINOMA

ANA PAULA ARAUJO[1]; MARIA EDUARDA GUALBERTO[1]; MAYZA ALENCAR[1]; MORGANA BARBOSA[1]; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA[2]

A hepatite B é uma doença causada por vírus e que acarreta inflamação do fígado. A hepatite B apresenta duas fases evolutivas: Na fase aguda da infecção de hepatite B pode durar até seis meses, o sistema imunológico provavelmente é capaz de defender-se, já na fase crônica da doença pode durar anos ou a vida toda do indivíduo que não conseguiu eliminar o vírus nos seis meses iniciais da doença; isso ocorre quando o sistema imunológico do paciente não consegue combater a infecção. A cronicidade da doença pode levar à cirrose do fígado e ao câncer de fígado, o hepatocarcinoma. O estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a infecção do vírus da hepatite B e sua interrelação com o hepatocarcinoma. Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa pautando-se na publicação de referências encontradas em artigos indexados em base de dados e revistas científicas. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Libray Online, periódico CAPES, bases de dados Medline, IBECS. A pesquisa demonstra que as principais formas de transmissão da hepatite B são: sexual, sanguínea e vertical, de mãe para filho durante a gestação-parto e amamentação. A hepatite B é considerada uma infecção sexualmente transmissível, pois pode ser transmitida de pessoa a pessoa por meio do contato com sêmen, saliva e secreções vaginais durante relação sexual desprotegida. Isso acontece porque o vírus atinge concentrações muito altas em secreções sexuais. A transmissão sanguínea ocorre por meio do compartilhamento de seringas com sangue contaminado, que é uma prática comum entre usuários de drogas injetáveis, em acidentes com material perfurante contaminado, entre trabalhadores da área da saúde, por meio de pequenos ferimentos presentes na pele e nas mucosas, hemodiálise, por transfusão de sangue. A relação do vírus com o hepatocarcinoma é dada por mutação viral nos genes dos hepatócitos que a faz se multiplicar desordenadamente. Essa mutação pode ser causada por algum agente externo; como o vírus da hepatite B, ou pelo excesso de multiplicações das células; como a regeneração crônica nas hepatites, o que aumenta o risco de surgimento de erros na duplicação dos genes.

DESCRITORES: Vírus hepatite B. Hepatocarcinoma. Mutação

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ENFISEMA PULMONAR

EMANUEL FRANCISCO DE CARVALHO PINTO[1]; JÚLIA GADELHA SUASSUNA[1]; JULIANO INFANTINO MACIEL[1]; FELIPE BRANDÃO DOS SANTOS OLIVEIRA[2]

O enfisema pulmonar é uma DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica) não contagiosa e que ocupa no Brasil, segundo dados do DATASUS, o quinto lugar dentre as principais causas de morte. A doença é causada por exposição a agentes poluentes e químicos que acabam danificando os alvéolos pulmonares, ou seja, prejudicando diretamente a troca gasosa. Além disso, é importante salientar que apesar de existir mais de um agente causador da doença, o tabaco é responsável por 86% dos casos. Dessa forma, essa doença, pode muitas vezes ser confundida com a bronquite crônica que também é uma DPOC com sintomas semelhantes, no entanto, obstrui os alvéolos e não os brônquios. Portanto, a fim de enfatizar os sintomas mais comuns do enfisema pulmonar é imprescindível saber qual o grau em que a doença se encontra, podendo ser uma DPOC precoce ou uma avançada. Por isso, se for uma DPOC precoce uma leve tosse com expectoração de escarro claro se desenvolve quando a pessoa chega aos 40 ou 50 anos, com falta de ar presente durante o esforço. As pessoas costumam pensar inicialmente que o envelhecimento ou estar em má condição física é a causa e tendem a diminuir sua atividade física e em resposta e acabam sofrendo de outros males além da DPOC por falta de procura ao médico. Às vezes, a falta de ar ocorre a princípio somente quando a pessoa tem uma infecção pulmonar (geralmente bronquite), período em que a pessoa tosse mais e tem um aumento da quantidade de escarro, a cor do escarro passa de claro ou branco para amarelo ou verde. No momento em que as pessoas com DPOC chegam na faixa dos 60 anos (DPOC avançada), especialmente se continuarem fumando, a falta de ar durante o esforço se torna mais problemática e outros problemas respiratórios tornam-se presentes, como a pneumonia. As infecções podem resultar em falta de ar grave, mesmo quando a pessoa está em repouso, e podem exigir hospitalização. Por consequência globalmente, o número de pessoas com DPOC está aumentando devido ao tabagismo em muitos países em desenvolvimento e, em todo o mundo, a exposição a toxinas presentes em combustíveis de biomassa, como madeira e gramíneas. As taxas de morte podem estar aumentando nos países em desenvolvimento. Em 2030, prevê-se que a DPOC se torne a terceira maior causa de morte no mundo.

DESCRITORES: Enfisema Pulmonar. Doença pulmonar. DPOC

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

HEPATOCARCINOMA ASSOCIADO A HEPATITE B

AMANDA ARAÚJO DE GUSMÃO[1]; ANNA BEATRIZ MENDES SOUSA[1]; ISABELLY PATRÍCIA PONTES COELHO DA SILVA[1]; LARA LÍVIA RIBEIRO DE ALENCAR SILVA[1]; MARIA CAROLINA LACET[1]; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA[2]

O Hepatocarcinoma ou Carcinoma Hepatocelular (CHC) é o câncer primário do fígado, derivado dos hepatócitos. Essa patologia provem da mutação nos genes das células do fígado que faz com que haja multiplicação desordenada das mesmas. Essa mutação pode ser causada pelas infecções crônicas causadas pelos vírus das hepatites B e C, ou pelo excesso de multiplicações das células, o que aumenta o risco de surgimento de erros na duplicação dos genes. Em relação a Hepatite B, essa é causada pelo vírus B (HBV), é uma doença de caráter infeccioso. Sua transmissão ocorre por contato sexual, por produtos sanguíneos decorrentes de agulhas sujas ou sangue não testado no caso da transfusão sanguínea e da mãe para o bebê durante a gravidez de forma passiva, parto ou amamentação. O CHC associado às infecções por vírus da Hepatite B (HVB) envolve três mecanismos: a interação do DNS viral ao genoma do hospedeiro; mutações genicas por inserção e por último a modulação da proliferação celular por meio da expressão de proteínas virais. Os sintomas do hepatocarcinoma não são específicos e estão relacionados a presença do câncer em estágio avançado. É indispensável a avaliação dos fatores de riscos que ocasionam a infecção pelo vírus da hepatite B, pois reduzindo os casos de infecções pelo vírus HBV reduziria consequentemente o número de casos de CHC. Ademais, em relação a prevenção da hepatite B, a vacinação tem papel fundamental. O diagnóstico da enfermidade inclui exames de imagem (Tomografia computadorizada (TC) e/ou ressonância nuclear magnética (RNM), exames laboratórias característicos de marcadores tumorais (exame de sangue) e anatomopatológico (biópsia). Em relação aos tratamentos podem incluir cirurgia, transplante, congelamento ou aquecimento das células cancerígenas e quimioterapia. Portanto, este trabalho pretende, de forma breve, identificar fatores de risco, fisiopatologia, prevenção, diagnóstico e tratamento do carcinoma hepatocelular relacionado ao vírus da hepatite B com base de dados do SciELO.

DESCRITORES: Hepatite B. Câncer. Fígado

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

A INFLUÊNCIA DA DOPAMINA EM INDIVÍDUOS COM PARKINSON

ARTHUR DE BRITO PEREIRA VELOSO[1]; FRANCIMAR GOMES MOURA JUNIOR[1]; ISADORA BARBOSA DE MEDEIROS[1]; LUANA DA COSTA FERNANDES[1]; LUCAS DA COSTA FERNANDES[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A dopamina é um neurotransmissor, ou seja, uma substância química que ajuda na transmissão de mensagens entre as células nervosas. Ela auxilia na realização dos movimentos voluntários do corpo de forma automática. Graças à presença dessa substância no cérebro, não precisamos pensar em cada movimento que nossos músculos realizam. Com o envelhecimento, todos os indivíduos saudáveis apresentam uma morte progressiva das células nervosas que produzem a dopamina. Algumas pessoas, entretanto, perdem essas células (e consequentemente diminuem muito mais seus níveis de dopamina) num ritmo muito acelerado e assim acabam por manifestar os sintomas da doença. Não se sabe exatamente quais os motivos que levam a essa perda progressiva e exagerada de células nervosas (degeneração), muito embora o empenho de estudiosos deste assunto seja muito grande. Mais de um fator deve estar envolvido no desencadeamento da doença. Esses fatores podem ser genéticos ou ambientais. Embora já sejam conhecidos alguns genes relacionados à ocorrência da doença de Parkinson, ela habitualmente não é uma doença hereditária. Apenas ocasionalmente há diversos casos da doença numa mesma família e em geral trata-se de casos com início precoce (abaixo dos 40 anos de idade). Assim, é possível afirmar que não há como definir qual é o risco real para que filhos de portadores da doença de Parkinson venham desenvolvê-la. Ou seja, a presença de um doente na família não aumenta necessariamente o risco dos demais. Os genes que favorecem o desenvolvimento da doença possivelmente devem agir de forma indireta, juntamente com outros fatores. Entre esses fatores, destacam-se fatores ambientais, como contaminação com agentes tóxicos (agrotóxicos e resíduos químicos, por exemplo).

DESCRITORES: Dopamina. Neurotransmissor. Células Nervosas

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

GRAVIDEZ ECTÓPICA EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE

ANNA KAROLYNA FERREIRA DINIZ[1]; ASHLLEY KESSY DE SOUSA LIRA[1]; FRANCISCO SARMENTO DE OLIVEIRA JÚNIOR[1]; RARYANE MOREIRA MENESES[1]; VICTÓRIA CARVALHO TAVARES EMÍDIO[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A endometriose é uma doença de grande índice de morbidade na qual o tecido endometrial se encontra fora da cavidade uterina desencadeando sintomas em mulheres em idade reprodutiva que vão desde uma dor aguda na região pélvica, incômodos durante e depois da relação sexual, e até mesmo a infertilidade. Dessa forma, por apresentar sintomas comuns, as mulheres que apresentam essa patologia tem o costume de se automedicar e não buscar orientação médica, por isso a grande maioria dos diagnósticos são tardios. Outrossim, as mulheres que possuem tecido endometrial em outras partes da pelve possuem, de modo geral, dificuldade para engravidar, tendo que recorrer à técnicas de reprodução assistida. Contudo, ocorrem raramente gravidez espontânea, podendo esta ser ectópica, afinal a endometriose é um dos principais fatores de risco à esse tipo de gestação, que ocorre quando o óvulo fertilizado adere à uma região externa à cavidade uterina, porém os sintomas desse tipo de gestação são bastante parecidos com o da endometriose, pois além do atraso na menstruação que já é consoante à doença, também apresentam dores intensas na região pélvica, dificultando o diagnóstico da gravidez ectópica que é confirmado com o exame de ultrassonografia pélvica transvaginal e ultrassonografia de abdome. Embora tenha acontecido a fecundação, a gravidez ectópica gera diversas complicações, por isso quando o aborto espontâneo não acontece, é recomendado que ao ser realizado o seu diagnóstico a gestação seja interrompida imediatamente em prol de preservar a da saúde da mulher evitando danos extensos, pois o feto em desenvolvimento tem o potencial de destruir diversas estruturas do corpo materno que pode gerar complicações mais graves, e até mesmo levar à óbito. Assim, retira-se por via laparoscópica o feto e a placenta, visto que, por exemplo, se o feto de instalar nas tubas uterinas o risco de rompê-las é consideravelmente grande e atrelada a endometriose, e após o período em que a mulher se recupera do procedimento, ocasiona uma dificuldade ainda maior para engravidar, visto que a quantidade de ovócitos secundários será reduzida pela metade. Atualmente a literatura médica admite como causa para essa intensa relação entre a endometriose e a gravidez ectópica o fato dos ciclos menstruais irregulares que induz irritação do caminho pelo qual o ovócito fecundado passaria, obrigando-o a seguir outro caminho para sua sobrevivência.

DESCRITORES: Endometriose. Gravidez Ectópica. Saúde da mulher

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

PARKINSON: REFLEXÕES SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

GABRIELLE FEITOSA DE QUEIROZ[1]; HÉLIO BUSTORFF FREIRE[1]; LUIZ HENRIQUE GEMIR NOGUEIRA[1]; MARCOS TALMA GUEDES SOUTO QUIRINO[1]; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM[2]

A leishmaniose é uma doença infecto parasitária, que acomete o homem, causada por um protozoário do gênero Leishmania. A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é a forma mais comum e amplamente distribuída no território brasileiro. A variação Clínica cutâneo- mucosa é a mais prevalente na América do Sul. De acordo com o Ministério da Saúde, entre o ano 1985 a 2000, foram registrados 30.251 casos em humanos, na Amazônia. Considerada um problema de saúde publica, o controle tem sido dificultado pelos diferentes padrões de transmissão, tendo sua propagação ligada às interferências nos ecossistemas. Explicitar a forma de transmissão da leishmaniose e as manifestações clínicas no ser humano. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por acadêmicos do 3º período do curso de Medicina da Famene. Para realização do estudo buscou-se a Literatura Médica, Manuais, Guia de Vigilância Epidemiológica e portal do Ministério da Saúde. A leishmaniose cutâneo-mucosa permanece preocupante em vastas áreas da América do Sul. Os agentes causadores da doença são a L. (Viannia) braziliensis, L. (L. mexicana), L. (V.) panamensis, e outras espécies relacionadas. A caracterização clínica da doença varia dentro de um espectro amplo, incluindo úlceras cutâneas múltiplas ou única, leishmaniose cutânea difusa e lesões mucosas. Os principais reservatórios da L. (V.) braziliensis e da L. (Viannia) spp. São os pequenos roedores silvestres. A doença acomete mais especificamente os trabalhadores que invadem as florestas tropicais ou moram próximo a elas. O período de incubação varia de duas semanas a vários meses. As lesões cutâneas constituem úlceras rasas, circulares com bordas elevadas e bem definidas e com o assoalho da úlcera de aspecto granular. Nas infecções pela L. (V.) braziliensis a linfoadenopatia regional geralmente precede o surgimento das ulcerações por uma a doze semanas. O diagnóstico definitivo depende da identificação de amastigotas em tecido ou promastigotas em meios de cultura. Os anticorpos anti-leishmania podem ser identificados no soro utilizando-se as técnicas de ELISA, imunofluorescência e testes de aglutinação. Os antimoniais pentavalentes continuam sendo as drogas de escolha no tratamento da leishmaniose. A anfotericina B encontra indicação nos casos mais graves ou nos indivíduos que não respondem ao tratamento com os antimoniais. A imunoterapia e a imunoprofilaxia constituem alternativas promissoras no tratamento.

DESCRITORES: Leishmaniose Cutâneo-Mucosa. Transmissão. Doença Infecto Parasitária

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM PARKINSON E A GRAVIDADE DA DOENÇA

DANIEL MAXIMINO DE SOUSA[1]; EDUARDO AMARO DA SILVA[1]; IVANILTON ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO[1]; MARIA EDUARDA DE SÁ FARIAS[1]; THAYANNE MAYARA DE OLIVEIRA LOPES[1]; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM[2]

O Parkinson é uma doença que afeta todos os tipos de indivíduos desde os mais sedentários até os mais ativos. Dessa forma, o Parkinson tem progressão muito variada e desigual entre os diferentes portadores da doença e sua evolução é muito lenta está lentidão causada por a enfermidade altera a qualidade de vida do paciente. Ela apresenta sinais e sintomas no paciente no aspecto físico, mental/emocional, social e econômico. Os sinais e sintomas mais encontrados na literatura e que apresentam maior relevância são: bradicinesia, tremor, rigidez, instabilidade postural, distúrbios da marcha, dor, fadiga, depressão, distúrbios cognitivos sexuais. Além disso, a limitação social e as sobrecarga econômica são fatores que também afetam diretamente a QV desses indivíduos. Essa doença ainda tem causa incerta e é responsável pela degeneração do cérebro e medula espinhal (SNC), porém, de acordo com uma teoria, a mesma pode se originar de acúmulos anormais de sinucleína (uma proteína no cérebro que auxilia a comunicação das células nervosas). Como a área degenerada por tal síndrome é concomitantemente responsável pela produção de Dopamina, Serotonina e Noradrenalina (executores das alterações psicológicas), e com a relação 32,2% de parkinsonianos apresentando depressão, pode-se notar então uma possível correlação entre as duas doenças, onde o Parkinson agiria como um gatilho para a depressão. No entanto, esses sintomas podem ser minimizados a partir do uso controlado do medicamento levodopa que no cérebro se transforma em dopamina, e supre parcialmente a falta de neurotransmissor. Infelizmente, o uso prolongado de muitos anos podem causar reações secundárias bastante severas, como os movimentos involuntários anormais. Qualquer programa de tratamento para indivíduos portadores de Parkinson deve buscar minimizar as limitações decorrentes da progressão da doença e procurar contribuir para a melhora da QV dos portadores de tal enfermidade.

DESCRITORES: Parkinson. Qualidade de vida. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

RELATO DE CASO CLÍNICO: PARKINSON

ANA JÚLIA LANDIM DE MACEDO[1]; ERICK MATHEUS CAVALCANTE ALVES[1]; MARIA CLARA SOUSA PEIXOTO[1]; PAULINA RODRIGUES PEREIRA DA CRUZ[1]; REBECA DE SOUSA FRANÇA[1]; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES[2]

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) é definida como uma doença neurológica progressiva do sistema extrapiramidal, no qual se caracteriza por bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural. Afeta e prejudica as estruturas e as funções do corpo, causando limitações nas atividades de vida diária. O início do quadro clínico ocorre geralmente entre 50 e 70 anos de idade. O diagnóstico é clínico, baseado na história médica e exame físico. Devido o desenvolvimento de novos tratamentos para a DP, tornou-se necessário criar e desenvolver escalas para avaliar a doença. Essas escalas avaliam desde a condição da clínica geral, incapacidades, função motora e mental até a qualidade de vida dos pacientes. E são importantes, pois permitem monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento. O tratamento da DP é baseado no uso de terapia medicamentosa que influencia marcadamente a desempenho motor, contudo o tratamento com drogas não pode abolir todos os sintomas, e fisioterapia é então recomendada. Objetivo: Descrever um caso clinico de um paciente com DP. Metodologia: O trabalho consiste na realização de um relato de caso, de um paciente com DP oriundo da cidade de João Pessoa. Além disso, foi realizado pesquisas na base de dados Medline e Scielo. Resultado e discussão: Paciente C.S.A., residente na cidade de João Pessoa, comparece a UBS para consulta médica. Relata que sempre foi ativo, no qual começou a trabalhar com 15 anos de idade. Refere que devido ao seu esforço progrediu e com o passar do tempo já trabalhava em bons restaurantes. Entretanto, quando completou 60 anos começou a apresentar dificuldades ao servir clientes e em decorrência destes problemas, passou a apresentar isolamento social, discutia com esposa e tinha crises de agressão com ela e com os filhos. Relata que nos últimos 3 anos vem apresentando piora do quadro. Na consulta foi identificado, bradicinesia, sialorreia, hipofonia, perturbações da marcha com passos curtos e arrastados. Além disso, quadro de hipotensão ortostática, bradifrenia e depressão. Foi solicitado Tomografia por Emissão de Pósitrons(PET), sendo confirmado o diagnóstico de DP e iniciado tratamento com Carbidopa/Levodopa 50/200mg, selegelina 5mg e escitalopram. Considerações finais: Após inicio do tratamento apresentou melhora dos sintomas e sinais relacionados aos movimentos involuntários e do quadro de depressão. Além disso, é importante compreender que independente da droga a ser usado, o tratamento da doença de Parkinson é apenas paliativo, não cessando a progressão da degeneração neuronal.

DESCRITORES: Doença de Parkinson. Diagnóstico. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENFISEMA PULMONAR: CIGARRO COMO PRINCIPAL PRECURSOR E SUAS CONSEQUÊNCIAS

ANA DANIELLE CARVALHO ROLIM OLIVEIRA[1]; LAURA QUEIROZ SILVA[1]; MARIA JÚLIA COSTA PINHEIRO DE MOURA[1]; IARA MEDEIROS DE ARAÚJO[2]

O enfisema pulmonar é uma DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) não contagiosa, causada pela grande exposição aos agentes poluentes e/ou químicos que acabam por danificar os alvéolos pulmonares, acarretando na destruição dos tecidos pulmonares de maneira gradual. A troca gasosa, que é feita a nível alveolar, é o processo de eliminação de dióxido de carbono e absorção de oxigênio e será comprometida devido à destruição das áreas pulmonares, causando uma diminuição na quantidade de oxigênio sanguíneo circulante. Estima-se que cerca de 85 a 90% das mortes por DPOC são causadas pelo tabagismo. A fumaça do cigarro obtida pela queima das substâncias químicas encontradas nesse produto, expõe os pulmões à altas concentrações de agentes oxidantes e radicais livres. O estudo propõe a análise da identificação do enfisema pulmonar associado tabagismo. O diagnóstico geralmente é feito pelo médico, sabendo que o paciente tem histórico de longa exposição ao tabaco, com o auxílio de tomografia computadorizada e espirometria. Os sintomas mais frequentes são: chiado no peito, tosse seca e falta de ar, que se agravam na medida em que a doença avança. Os pulmões perdem elasticidade e os alvéolos ficam maiores, dificultando a saída de ar, fato que também causa desconforto ao enfermo. Nos estágios mais avançados da doença, os sintomas incluem a falta de ar nas tarefas mais simples, como caminhar ou falar. Com isso, observa-se que o enfisema pulmonar está diretamente ligado ao fumo. Abandonar o cigarro, evidentemente, é algo que deve ser feito de imediato. O tratamento consiste em evitar o avanço da doença e aliviar os sintomas, isto pode ser obtido, por exemplo, com o uso de remédios como corticoides ou broncodilatadores, que aliviam a inflamação das vias respiratórias e reduzem a dificuldade respiratória. Em alguns casos, recomenda-se que o paciente inale oxigênio. O programa terapêutico inclui fisioterapia respiratória, para melhorar e corrigir o ato de respirar, e uma nova dieta, a fim de que se melhore o desempenho dos músculos respiratórios e do organismo de maneira geral.

DESCRITORES: Enfisema Pulmonar. Pneumopatia. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

CORRELAÇÃO ENTRE A INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B E POLIARTERITE NODOSA.

AMANDA FARIAS CAIAFFO CAVALCANTE[1]; CAMILA CARMEN MONTENEGRO DE LIMA[1]; MARCELA CARNEIRO BORGES[1]; MARIA EDUARDA PIRES DE SOUZA NEVES[1]; MARIA KAROLINA PALITOT TEIXEIRA DE CARVALHO[1]; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA[2]

Poliarterite Nodosa (PAN) é uma das síndromes extra-hepáticas mais graves associada com a infecção crônica pelo vírus da hepatite B. Em torno de 30 a 70% dos pacientes com PAN estão contaminados pelo VHB. Acredita-se que a lesão vascular seja provocada por imunocomplexos envolvendo antígenos virais e anticorpos contra o vírus. Vasos sanguíneos de médio e pequeno calibre são atacados. Não há evidências da relação entre a gravidade da vasculite e a intensidade da doença hepática. A vasculite afeta os vasos de todos os calibres e de múltiplos órgãos, incluindo rins, coração, sistema gastrintestinal, músculo-esquelético, neurológico e pele. Manifestações extra-hepáticas ocorrem em aproximadamente 10 a 20% dos pacientes com infecção crônica pelo vírus da hepatite B. Muitas delas são reguladas por complexos imunes circulantes, no entanto, a natureza exata destes complexos imunes e sua patogênese permanecem indefinidos. Entre as principais manifestações extra-hepaticas do VHB estão: glomerulonefrite, vasculites (crioglobulinemia mista essencial, poliarterite nodosa) e Síndrome de Gianotti-Crosti. A causa é desconhecida, mas é visivelmente originada por certos tipos de infecções virais (por exemplo, hepatite B ou, em casos raros, hepatite C) ou medicamentos. Cerca de 20% das pessoas com poliarterite nodosa têm hepatite B ou C. Os fármacos podem causar o adoecimento, mas na maioria das vezes, o fator desencadeador não pode ser identificado. Os órgãos geralmente mais afetados são os rins, a pele, os nervos, as articulações, os músculos e o trato digestivo. O fígado e o coração são igualmente atingidos. Apesar da etiologia da PAN ser desconhecida, estão descritas associações com o vírus da hepatite B em 15 – 30% dos casos e em cerca de 5 % ao vírus da hepatite C. Estão também descritas associações com a infecção pelo VIH, a leucemia de células cabeludas, reações a drogas como a minociclina e a dapsona e o abuso de anfetaminas. Doentes com PAN associada ao vírus da hepatite B parecem responder melhor à associação de terapêutica antiviral (interferão a, lamivudina, fanciclovir) e corticóide do que à terapêutica isolada com corticóides.

DESCRITORES: Poliarterite Nodosa. Vasos. Hepatite B

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE: TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

ANA CLARA RODRIGUES DO NASCIMENTO BEZERRA[1]; ANA LUIZA BERNARDINO ABRANTES[1]; BEATRIZ RIBEIRO COUTINHO DE MENDONÇA[1]; LAÍS NÓBREGA DINIZ[1]; LARA ALÍPIO PEDROSA[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

A endometriose é uma doença caracterizada pela presença do endométrio – tecido que reveste o interior do útero – fora da cavidade uterina; A paciente pode ser assintomática, referir apenas infertilidade ou ter sintomas como dismenorreia severa, dispareunia profunda, dor pélvica crônica, dor ovulatória, sintomas urinários ou evacuatórios perimenstruais e fadiga crônica; Existem dois tipos principais de tratamento para combater as dores da endometriose: medicamentos ou cirurgia. No tratamento cirúrgico: o mais recomendado é a laparoscopia. Em alguns casos, é possível eliminar apenas os focos da doença ou as complicações que ela traz – como cistos, por exemplo. No entanto, em situações mais sérias, o procedimento precisará até remover os órgãos pélvicos afetados pela enfermidade. Dependendo das condições da doença, é possível recorrer a tratamento por laparoscopia, com laser. Também é possível a realização da videolaparoscopia, que diagnosticará o número de lesões, aderências, a obstrução tubária permitirá tratar a doença. No tratamento medicamentoso, analgésicos, anti-inflamatórios, análogos de GNRh, danazol e dienogeste podem ser utilizados. Para mulheres que querem engravidar, o melhor método é a fertilização in vitro, Isso porque a presença da endometriose não afeta as taxas de gravidez quando escolhido esse método. É importante compreender que não existe cura permanente para a endometriose, o objetivo do tratamento é aliviar a dor e amenizar os outros sintomas, como favorecer a possibilidade de gravide e diminuir as lesões endometrióticas. Entretanto, diversos emblemas são encontrados em relação aos tratamentos, sejam eles cirúrgicos ou medicamentosos, devido ao alto custo dos procedimentos, alta morbidade, necessidade de treinamento específico para as equipes cirúrgicas e a dificuldade de atendimento da demanda de mulheres portadoras da doença faz com que a terapêutica medicamentosa, com anticoncepcionais orais ou progestagênios, possa ser considerada inicialmente em mulheres com suspeita clínica ou radiológica de endometriose.

DESCRITORES: Endometriose. Endométrio. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

TUBERCULOSE ÓSSEA

ALLAN ALBUQUERQUE[1]; EDUARDO GALDINO[1]; JOSÉ LUIZ NETO[1]; RAFAEL LEAL[1]; MARIA ANUNCIADA AGRA DE OLIVEIRA SALOMÃO[2]

Tuberculose óssea é um tipo de tuberculose extrapulmonar que afeta ossos e articulações, principalmente as vértebras da coluna (Mal de Pott), os ossos longos e as articulações do quadril, joelho e tornozelo. Os seus principais sintomas são a dor óssea e o inchaço da articulação afetada, a complicação mais grave da tuberculose na coluna é a perda dos movimentos ou da força das pernas devido à compressão da medula espinhal. Outra sequela comum, é a dor crônica, contudo, desde que não haja complicações como as descritas, a resposta ao tratamento com antibióticos costuma ser suficiente e satisfatória. As cirurgias ficam realmente reservadas apenas aos casos mais graves ou complicados, a tuberculose óssea é mais comum em crianças e idosos, a infecção dos ossos e das articulações pela bactéria causadora da tuberculose ocorre frequentemente através do sangue, a coluna também pode ser atingida pela via linfática, em casos de tuberculose pleural (membrana que recobre os pulmões).Os sintomas mais frequentes da tuberculose óssea são a dor e o aumento do volume da articulação. A dor instala-se lentamente e a sua intensidade evolui de forma progressiva. Também pode haver limitação dos movimentos, atrofia muscular e fístulas na pele, além de sintomas gerais como febre, emagrecimento e fraqueza muscular, a coluna torácica é a parte da coluna mais afetada pela tuberculose óssea, sobretudo entre as vértebras T8 e T12. Se a infecção se espalhar pela vértebra, o disco intervertebral também é envolvido, com disseminação para a vértebra adjacente, as grandes articulações são as mais acometidas pela tuberculose óssea, principalmente quadril e joelho. Raramente a infecção ocorre em mais de uma articulação ao mesmo tempo á medida que a infecção evolui e a cartilagem articular é destruída, o espaço da articulação fica mais estreito. Por isso, se não for devidamente tratada, a tuberculose pode causar deformidades na coluna, o diagnóstico da tuberculose óssea é feito por meio de exames de imagem como raio-X, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. O tratamento é realizado com a combinação de medicamentos antibióticos tomados por via oral e tem uma duração superior a 6 meses.

DESCRITORES: Tuberculose óssea. Tuberculose. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE

BRUNA MAIA DUARTE ESPÍNOLA[1]; INGRID FABRIC GOUVEIA LIMA[1]; ISADORA DE FREITAS DYNA[1]; ANA PAULA NASCIMENTO SILVA DIAS[2]

A endometriose é uma doença ginecológica crônica, de caráter progressivo, por vezes incapacitante, cursando com dores e abundância do fluxo menstrual, caracterizada pela presença ectópica de células do endométrio (tecido que reveste internamente o útero). Mesmo sendo uma doença impactante, o acesso aos serviços, ao diagnóstico e aos tratamentos é escasso. A endometriose é classificada de acordo com os estágios da doença: Endometriose mínima; Endometriose superficial; Endometriose moderada e Endometriose profunda. Endometriose mínima e superficial, é caracterizada quando existem implantes dispersos de tecido endometrial acometendo a superfície do peritônio (tecido que reveste as paredes do abdome). A endometriose moderada, ocorre quando os focos de tecido endometrial se implantam nos ovários, gerando um processo inflamatório nos órgãos. Endometriose profunda, é a forma mais severa de endometriose e, consequentemente, a que promove maior grau de infertilidade feminina. Nem sempre é a que causa mais dores abdominais (o grau da endometriose não tem correlação com a queixa de dor, mas sim com a piora do potencial fértil da mulher). O diagnóstico definitivo da endometriose é cirúrgico, porém a suspeição e o diagnóstico clínico são pontos de partida para o ginecologista desvendar esta enfermidade, mitigando o atraso de anos apregoado entre o início dos sintomas até o reconhecimento da endometriose. Todavia, não é somente sua epidemiologia que a torna impactante, mas seu caráter progressivo, que pode levar a tratamentos cirúrgicos (perda do útero, tubas, ovários, intestino etc.). Dependendo do local e da gravidade da doença, essa dor pode chegar a ser incapacitante, gerando impacto na vida de mulheres, podendo afetar no desenvolvimento de atividades domiciliares, nas relações sexuais, no trabalho, na prática de exercícios físicos e demais atividades sociais. A dor, seja ela pela menstruação, abdominal e/ou incapacitante, é a personagem principal dessa cascata de consequências negativas, levando muitas mulheres à depressão, por exemplo. O exame ginecológico busca nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior ou septoretovaginal e o exame complementar é feito com a ultrassom transvaginal, procedimento de menor custo, que permite a identificação de endometriomas, aderências pélvicas e endometriose profunda. Ressonância magnética, exame mais caro, a ressonância magnética apresenta melhores taxas de sensibilidade e especificidade na avaliação de pacientes com endometrioma e endometriose profunda. O tratamento é feito com anticoncepcionais e em segundo caso cirurgia que tem como finalidades cauterizar focos superficiais e liberar aderências.

DESCRITORES: Endometriose. Endométrio. Doença Ginecológica Crônica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE: A INIMIGA DA FERTILIDADE

ISABELLA MARIA PIMENTEL BARBOSA[1]; LUMA MARIA MANGUEIRA DANTAS[1]; SÁVIO BORGES DO AMARAL[1]; SOFIA SOUSA SANTANA[1]; SOPHIA NOBRE DE MOURA[1]; ANA PAULA NASCIMENTO SILVA DIAS[2]

O presente estudo tem como objetivo compreender a relação direta da patologia endometriose com a infertilidade feminina tendo como base artigos científicos. A endometriose afeta o crescimento do tecido endometrial na cavidade uterina, causando uma reação inflamatória crônica. Sua causa é explicada através de teorias; a doença provavelmente começa após a menarca, sendo muitas vezes assintomática. Já outras mulheres podem começar a sentir os sintomas: cefaleia, distensão abdominal, dor na região pélvica, hipersensibilidade mamária, dismenorreia, dispareunia, próximo aos períodos menstruais. Os estudos revelam que se trata de uma doença comum a qual há uma prevalência de até 22% das mulheres em idade reprodutiva e de 30 a 50% das mulheres inférteis apresentam endometriose, confirmando a relação entre elas. A patologia leva a um alto grau de infertilidade, visto que danifica as tubas uterinas, impedindo o transporte de óvulo e espermatozoide. Para tratar e descobrir a endometriose, primeiro deve-se ir à procura de um médico (clínico geral ou ginecologista). Os exames (que podem ser: ginecológico minucioso, ultrassonografia transvaginal, dosagem do marcador CA-125, RMN, e ecocolonoscopia) serão feitos com a intensão de melhor estudo e análise da doença. O tratamento depende do nível da endometriose. Inicialmente ele é feito por meio de medicamentos que buscam controlar a dor e minimizar a progressão da doença. Em outros níveis pode ser necessário intervenções cirúrgicas para retirar as áreas afetadas pela endometriose, ou uma histerectomia com a retirada dos dois ovários. Conclui-se que a endometriose em condições graves tem relação com a infertilidade por causar aderências e distorções na anatomia pélvica e na funcionalidade das estruturas uterinas. Uma possível alternativa para as mulheres que não conseguem engravidar de maneira natural, que são portadoras da doença, é o método de reprodução assistida, o mais indicado para tal situação. A endometriose não é um pré-requisito para infertilidade, é um contribuinte, as mulheres podem engravidar, mas com uma maior dificuldade.

DESCRITORES: Endometriose. Infertilidade. Infertilidade Feminina

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

FORAME OVAL PATENTE

ALÉXIA BRAGA BRITO PEGADO[1]; CAMILA GOUVEIA PERES[1]; GUSTAVO DA SILVA COSTA[1]; MARINA ISMAEL DA COSTA BORGES[1]; REBECA PACHECO BEZERRA[1]; SOLIDÔNIO ARRUDA SOBREIRA[2]

Introdução: Forame oval patente é uma estrutura anatômica presente no septo interatrial, que divide o átrio direito do átrio esquerdo, é uma espécie de orifício localizado no coração, decorrente de um defeito congênito, que faz com que a parede interna, que separa os átrios não fique completamente fechada, estima-se que está má formação esteja presente em até 30% da população. Diante disso, este estudo objetiva-se em descrever a fisiopatologia e tratamento do forame oval patente. Metodologia: O presente estudo foi realizado mediante pesquisa bibliográfica realizada na base de dados da BVS e SCIELO, tendo como caráter de inclusão os artigos publicados que abordavam a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento do forame oval patente. Resultados e discussões: O forame oval é considerado patente quando apresenta a oclusão apenas funcional e não anatômica, quando o fechamento do septo interatrial depende de pressão e não da adesão fibrosa. O forame oval patente pode abrir caminho para uma embolia paradoxal, resultando em eventos cerebrais ou sistêmicos, geralmente os sintomas são decorrentes desses eventos e caracterizam-se por paralisia de parte do corpo, alterações comportamentais, alteração de visão, dificuldade de fala, esfriamento dos membros superiores ou inferiores e dor abdominal. Os principais métodos de diagnostico são o ecocardiograma transesofágico e Doppler transcraniano, ambos com injeção de contraste e manobra de Valsalva. O tratamento é realizado através de intervenção cirúrgica, o tipo da cirurgia vai depender de vários fatores, como a avaliação criteriosa do médico, idade do paciente e outras patologias associadas. Geralmente é um procedimento com bons resultados, onde é realizado o fechamento do forame oval patente. Considerações finais: Conclui-se que o forame oval patente é uma má formação congênita que quando não diagnosticado pode trazer complicações ao paciente, mas pode ser tratado através da intervenção cirúrgica e proporcionar ao paciente um bom prognóstico.

DESCRITORES: Forame Oval Patente. Comunicação Interatrial. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

ADRIANA SUENYA FREITAS GONZAGA[1]; DANIEL CAVALCANTE MAIA[1]; GUILHERME ANDRADE DE AZEVÊDO[1]; JOSÉ TÁLISON VIEIRA[1]; VANESSA FREITAS DE OLIVEIRA[1]; MARINA TAVARES COSTA NÓBREGA[2]

A infecção do trato urinário ocorre com grande incidência durante a gravidez, afetando de 5% a 10% das gestantes, devido a transformações anatômicas e fisiológicas que afeta tal trato, justamente nesse período surge também as restrições terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são mais restritas, considerando a toxicidade das drogas para o feto. Dentre as complicações causadas pela ITU temos trabalho de parto e parto pré-termo, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intra-útero, recém-nascidos de baixo peso e óbito perinatal. Este trabalho tem como objetivo informar os tipos de diagnósticos e tratamentos realizados para infecção urinaria durante a gestação. A freqüência e a gravidade das infecções urinárias durante a gravidez têm sido reconhecidas há mais de um século. Além de constituírem problema relativamente comum no período gestacional, muitas questões sobre esse assunto ainda permanecem controversas e tornam-se motivo de investigação clínica. O tema adquire relevância ao notar-se sua associação com piores prognósticos maternos e perinatais. As alterações anátomo-funcionais que ocorrem no trato urinário durante a gestação tornam-se mais evidentes no segundo e, principalmente, no terceiro trimestre de gravidez. Os uropatógenos que causam ITUs não complicados, incluindo UPEC, K. pneumoniae e S. saprophyticus, têm a capacidade de se ligar diretamente ao epitélio da bexiga, que é composto pelas células conhecidas como células facetárias superficiais, células intermediárias e células basais. UPEC e K. pneumoniae ligam-se às uroplakinas, que são os principais componentes protéicos da membrana apical de célula facetária e que formam um arranjo cristalino que protege o tecido da bexiga de mamíferos de agentes nocivos na urina. Além das uroplakinas, as integrinas α3β1, que são expressas na superfície das células uroepiteliais, também podem servir como receptores para UPEC21. Por outro lado, as ITUs complicadas são iniciadas quando as bactérias se ligam a um cateter urinário, a uma pedra nos rins ou a uma bexiga, ou quando são retidas no trato urinário por uma obstrução física. Alguns patógenos (por exemplo, UPEC) podem causar UTIs não complicadas e complicadas. No entanto, outros, como P. mirabilis, P. aeruginosa e Enterococcus spp. predominantemente causam ITU complicadas. Posteriormente, esses uropatógenos frequentemente formam biofilmes responsáveis pela colonização e persistência.Com base nesse detalhe epidemiológico, alguns autores justificam que o risco de infecção urinária sintomática aumenta com a idade gestacional. Além de constituírem problema relativamente comum no período gestacional, muitas questões sobre esse assunto ainda permanecem controversas e tornam-se motivo de investigação clínica. Com base nas informações obtidas, permite-se inferir, como a realização de um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz da ITU é de suma importância em gestantes. Portanto, quanto mais antecipado for o diagnóstico da patologia, consequentemente, promove um direcionamento ao tratamento especializado, evitando as devidas complicações, melhorando assim o prognóstico da doença.

DESCRITORES: Infecção do Trato Urinário. Gravidez. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

MIASTENIA GRAVIS: A SÍNDROME DA FRAQUEZA MUSCULAR

ANA BEATRIZ ALBUQUERQUE POMPEU[1]; GIOVANNA MAGLIANO CARNEIRO DA CUNHA FLORÊNCIO[1]; GUSTAVO OLIVEIRA FREITAS[1]; JOSÉ LUCIANO MENDES FILHO[1]; MATHEUS FELIPE HENRIQUES BRANDÃO[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

A miastenia gravis é uma doença considerada rara em que o paciente apresenta fraqueza e fadiga muscular quando a musculatura é exigida. A doença pode agravar quando o paciente realiza exercícios, quando é acometido por infecções, ansiedade e estresse emocional e nas mulheres, quando estão próximas a seu período menstrual e no período de gravidez, mas melhora quando o paciente está em repouso. Ela pode manifestar-se em qualquer idade, mas ocorre geralmente entre 20 e 38 anos e costuma afetar mais as mulheres que os homens. A incidência da miastenia é de 1-9 por milhão de habitantes e a prevalência é de 25-142 por milhão de habitantes. Geralmente, a doença é restrita a alguns grupos musculares, como músculos oculares e faciais, e a crise miastênica é caracterizada pela insuficiência respiratória que acompanha uma fraqueza muscular grave. O que caracteriza essa doença é o fato de ocorrer complicações em que há uma alteração nas transmissões neuromusculares devido à perda dos receptores de acetilcolina das junções pós-sinápticas. Em um processo fisiológico normal, as vesículas de acetilcolina que estão na membrana pré-sináptica são liberadas através de um impulso nervoso ou espontaneamente, levando a produção de potenciais elétricos na placa motora. Se o estímulo aplicado for suficiente, a mensagem será propagada através de um potencial de ação que irá ser propagar nas fibras musculares, ocasionando a liberação do cálcio nas fibras e desencadeando, consequentemente, a contração muscular. Já em um paciente com miastenia grave, o que acontece é que há uma diminuição considerável dos receptores de acetilcolina pós-sinápticos, devido a ação de auto anticorpos, que provoca a degeneração desses receptores. Ocorre, também, a destruição de terminais nervosos na placa motora, bem como a diminuição do tamanho dos receptores pós-sinápticos. As complicações mais conhecidas são e insuficiência respiratória e o índice de mortalidade da MG é muito baixa, sendo 1,7 por milhão de habitantes. Diante disso, conclui-se que a miastenia grave continua sendo uma patologia pouco conhecida.

DESCRITORES: Miastenia Gravis. Fadiga Muscular. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE: A PRINCIPAL CAUSA DE INFERTILIDADE FEMININA

CAROLINA GONÇALVES DA CUNHA LIMA[1]; EUDMA THAÍS SARAIVA DE SOUZA[1]; FERNANDA IMPERIANO MACÊDO DE LIMA[1]; LETICIA DE FIGUEIREDO TAVARES[1]; MARIA ISABEL DANTAS BEZERRA LYRA[1]; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES[2]

A endometriose é uma doença caracterizada pelo implante e crescimento de tecido endometrial fora da cavidade uterina. É crônica, recidivante e tempo-dependente. Possui sintomas variando entre dismenorreia, dor pélvica crônica e dispareunia profunda. Quando a doença é avançada, causa infertilidade. Cerca de 15% das mulheres em idade reprodutiva são acometidas pela endometriose. Dentre essas, conforme alguns estudos, de 30% a 50% são inférteis, indicando um possível papel da doença na etiopatogênese da infertilidade. O objetivo deste estudo é enfatizar aspectos importantes do diagnóstico e dos tratamentos da endometriose, em seus diferentes estágios, em mulheres inférteis. Feito a partir de revisões de literaturas científicas com pesquisa bibliográfica em livros e bases de dados eletrônicos. A partir de anamnese e exames, como ultrassonografia transvaginal, dosagem do marcador CA-125, RMN e ecocolonoscopia, é possível identificar e confirmar a endometriose, podendo ser encontrado tecidos endometriais nos ovários, peritônio, região retrocervical, septo retrovaginal, bexiga, reto e outras porções.[1] O tratamento pode ser feito por hormônios nos casos de endometriose mínimas e leves, a partir de anticoncepcionais de via oral, enquanto que o tratamento cirúrgico é destinado a endometrioses consideradas graves ou moderadas, já que nesse caso tem que haver a remoção do endometrioma e dos tecidos próximos que estão afetados.[2] O número de casos dessa patologia é cada vez maior e é capaz de diminuir ou inibir a fertilidade feminina, pois há crescimento folicular alterado ou sua diminuição, fase folicular curta, insuficiência lútea, síndrome do folículo luteinizado (LUF), dependendo do nível em que se encontra essa doença. Nota-se que há um considerável número de mulheres que possuem relação dessa patologia com a infertilidade, sendo de 30% a 40% das mulheres e esse estudo ainda relaciona essa de ciência na fertilidade com a nova anatomia que a mulher passa a ter e por fatores como hormônios e imunologia. Após as análises e pesquisas, pode-se concluir que a maioria das mulheres com endometriose não conseguem engravidar por sofrerem de anormalidades endócrinas, desregulando todo metabolismo hormonal necessário para uma gestação saudável. Entretanto, é possível melhorar as chances de haver fecundação a partir de tratamentos (expectante – se a paciente for jovem e tiver tempo de infertilidade pequeno; clínico – utilizando medicamentos a fim de deixar o ambiente uterino hipoestrogênico, pelo fato do tecido endometrial ser estrógeno-dependente; cirúrgico – removendo todo os focos de tecidos extrauterinos e aderências dos órgãos com objetivo de reestabelecer a anatomia normal).

DESCRITORES: Endometriose. Infertilidade. Gestação

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

O MAL DE PARKINSON E SEUS EFEITOS NO SISTEMA NERVOSO

ARTHUR FRANCISCO DE ANDRADE GALDINO[1]; JOÃO LUCAS MOURA MELO[1]; JOSÉ HORÁCIO RAMALHO LEITE FILHO[1]; LUAN OLIVEIRA DE PAIVA BEZERRA[1]; LUCAS MONTENEGRO LEAL FERNANDES[1]; ANA PAULA NASCIMENTO SILVA DIAS[2]

O Mal de Parkinson é uma perturbação degenerativa que afeta o sistema neurológico, ainda não há um motivo específico para a causa da doença, mas acredita-se que fatores genéticos e ambientais podem aumentar a probabilidade de adquirí-la. Os sintomas do Parkinson ocorrem pela morte de células da substância negra, região do mesencéfalo (estrutura que forma o tronco encefálico) onde é produzido o neurotransmissor dopamina. A dopamina é responsável pela propagação de impulsos nervosos no sistema motor e controle das emoções, a sua carência impede com que os impulsos sejam transmitidos, o que acaba gerando principalmente problemas motores, tremor e rigidez nos músculos, dificuldade na fonação, redução de movimentos, bradifrenia (lentidão de pensamento), declínio de atenção e concentração, alteração vísuoconstrutiva (dificuldade para desenhar um objeto, por exemplo), declínio da função executiva (capacidade de planejar e executar tarefas) e alteração da memória e também pode causar depressão, a qual acomete cerca de 50% de pacientes, e quando nao tratada pode piorar os sintomas da doença, além de comprometer mais ainda as condições cognitivas. A principal forma de diagnosticar a doença é com base no histórico médico do paciente e na revisão de seus sinais e sintomas, além de um exame neurológico e físico associado a uma tomografia por emissão de prósitons (PET-CT), um exame de imagem que permite identificar as regiões do corpo que estão tendo um grau excessivo de metabolização. Os tratamentos realizados são a base de uma percussor metabólico da dopamina, inibidores enzimáticos da degradação da dopamina, derivados da levodopa, anticolinérgicos, amantadinas, entre outros, os medicamentos diminuem os sintomas da doença, porém ao passar do tempo perdem sua grande eficácea, também podem ser associados a antidepressivos reguladores de dopamina e em casos severos é realizado cirurgias como por exemplo: a estimulação cerebral profunda (DBS), as cirurgias não tem o intuito de curar o paciente, no entanto, podem ajudá-los em alguns sintomas.

DESCRITORES: Doença Neurodegenerativa. Dopamina. Sistema Motor

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV) RELACIONADA AO TRATAMENTO DA COINFECÇÃO PELO VÍRUS HIV/HVC

BEATRYZ RODRIGUES ALVES BATISTA[1]; KELVIN COSTA SARAIVA COELHO[1]; LETÍCIA DA SILVA MARQUES ELIAS[1]; RAYSSA LOURENA OLIVEIRA MAIA[1]; RENAN HENRIQUE MACEDO NORONHA[1]; CIBELLE CABRAL DAVID[2]

Muitos estudos têm mostrando que a progressão da doença hepática causada pelo vírus da hepatite C (HCV) é mais rápida em indivíduos coinfectados pelo HIV-1 do que em portadores do HCV de modo isolado, principalmente, nos que apresentam avançada imunodeficiência. Com a possibilidade de tratamento para a hepatite C, surge o problema relacionado a interações de drogas, e a hepatotoxicidade da terapia antirretroviral (TARV) neste grupo emergente de coinfectados, o que pode ser minimizado com a seleção adequada de pacientes para o tratamento da hepatite C além da seleção de drogas menos tóxicas para o fígado para o tratamento da Aids. Como há a risco de toxidade no tratamento da coinfecção HCV/HIV, por isso é preciso um estudo para sobre os efeitos do TARV no tratamento observando e equiparando seus benefícios e malefícios. Para este trabalho, realizou-se um estudo a partir da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Busca-se, neste trabalho, descrever os aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais da terapia antirretroviral (TARV) relacionada ao tratamento da coinfecção pelos vírus HIV/HCV. Existem evidências de que a reconstrução imune proporcionada pela TARV pode reverter o curso desfavorável da hepatite C em indivíduos com severa imunodeficiência, além de diminuir a taxa de progressão para a fibrose hepática. Em estudo de coorte com 285 pacientes coinfectados foi observado efeito favorável da TARV sobre a mortalidade, ou seja, menor mortalidade relacionada a doença hepática. A TARV foi benéfica sobre o curso clínico da doença hepática crônica em indivíduos coinfectados HIV/HCV. O efeito positivo da TARV sobre a infecção do HCV, entretanto, não foi confirmado em outros estudos. De acordo com o exposto na seguinte pesquisa, conclui-se que o efeito da TARV em indivíduos coinfectados pelos vírus HIV/HCV apresenta resultados benéficos de acordo com o tempo de tratamento havendo significativa reconstrução imune ou mesmo desaparecimento do RNA-HCV. Além disso, existem evidências de que essa restauração pode reverter o curso desfavorável da hepatite C em indivíduos com severa imunodeficiência.

DESCRITORES: Hepatite C. HIV. Antirretrovirais

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE: ABORDAGEM CIRÚRGICA

HIGOR DE OLIVEIRA SUASSUNA[1]; ISABELLE SUASSUNA ALENCAR[1]; LUCAS LEITE CAVALCANTE[1]; TAYNNÁ FREITAS BARBOSA[1]; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI[2]

A endometriose representa uma afecção ginecológica comum, atingindo de 5% a 15% das mulheres em período reprodutivo. Essa patologia é caracterizada pela presença de tecido funcional semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina. A sintomatologia pode envolver infertilidade, dismenorreia, dispareunia, dor pélvica e sintomas urinários ou evacuatórios perimenstruais. O intuito deste trabalho engloba o estudo dos procedimentos cirúrgicos utilizados atualmente como tratamento da endometriose, tendo em vista, principalmente, sua pertinência no cenário atual. Na realização desse projeto, uma revisão literária foi realizada, com base na análise de artigos científicos pertencentes ao banco de dados da Scielo e da Biblioteca Virtual em Saúde e conteúdos disponibilizados pelo portal virtual ABCMED. O tratamento cirúrgico pode ser indicado no intuito de diagnóstico da doença — através de estudos anátomo-patológicos do tecido retirado por procedimento de laparoscopia — e para atenuar os sintomas de pacientes não responsivas à terapia farmacológica. A laparoscopia se trata de um procedimento cirúrgico de mínima invasão, utilizado sobretudo em cirurgias ginecológicas e urológicas, no qual o cirurgião introduzirá, por uma pequena incisão na região a ser examinada ou tratada, o laparoscópio (instrumento com característica endoscópica e aparelhado com um sistema óptico). Dessa forma, com o paciente sob anestesia geral, o cirurgião será capaz de visualizar órgãos internos e, dessarte, tratar lesões). No caso da endometriose, o procedimento deverá, na maioria dos casos, envolver a cauterização de focos de tecido endometrial e a liberação de aderências. Em casos mais complexos, intervenções nos ovários, intestino, bexiga, fundo de saco de Douglas e/ou ureteres são necessárias. É fato que a profundidade dos focos de endometriose está diretamente relacionada à existência de expressões sintomáticas dolorosas, principalmente no que se refere à região pélvica. Nesse tipo de endometriose, classificada como infiltrativa, no entanto, a remoção laparoscópica da endometriose, que no contexto citado pode envolver procedimentos a laser e ressecções eletro-cirúrgicas, também é considerada como altamente efetiva. Portanto, o referido estudo permite concluir que a abordagem cirúrgica é uma opção efetiva às mulheres com endometriose, pois a remissão de sintomas após o tratamento cirúrgico pode atingir índices de 80%, incluindo melhoras nas taxas de fecundidade.

DESCRITORES: Endometriose. Laparoscopia. Dor pélvica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

SINTOMAS PARA DIAGNÓSTICO DO REFLUXO GASTRESOFÁGICO

CATHERINE BEZERRA DANTAS[1]; KARYNNA MIRELLE JERÔNIMO DE OLIVEIRA[1]; VICTÓRIA ELLEN LIRA DIAS[1]; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS[2]

Sintomas para diagnóstico do Refluxo Gastroesofágico: O objetivo desse estudo é evidenciar os sintomas do Refluxo Gastroesofágico no dia a dia e como são usados para o diagnóstico da doença. Dessa forma, a doença se caracteriza pelo fluxo retrógrado e constante de líquido para o esôfago e seus sintomas mais comuns são a pirose e a regurgitação repetidamente durantes alguns meses. A pirose é a sensação de queimação retroesternal ocorrendo após a ingestão de alimentos e já a regurgitação é o retorno do conteúdo estomacal até a boca. O diagnóstico de DRGE é feito através de exames, sendo eles, endoscopia digestiva alta, a qual é considerada o melhor método de comprovação, em que avalia a presença e o grau de Esofagite. Há também a PHmetria esofágica prolongada que avalia a presença e intensidade do refluxo ácido. A frequência de sintomas e ausência de lesões são os primeiros indícios da doença, então sendo evidenciado, é importante a busca por um profissional da área como um Gastroenterologista. Após a identificação, os tratamentos necessários são: diminuir a acidez do conteúdo do estômago, para que este não agrida o esôfago. Assim, se o refluxo for menos ácido vai queimar menos e causar menos sintomas. Os medicamentos mais usados são os antiácidos que neutralizam o ácido clorídrico do estômago sendo o hidróxido de alumínio, hidróxido de magnésio e bicarbonato de sódio. Os antiácidos não são usados com tanta frequência porque não são tão eficientes e porque existe a possibilidade de um efeito rebote, ou seja, a pessoa melhora no imediato mas depois pode haver uma piora. Outro medicamento muito utilizado são os inibidores de produção de ácido como os inibidores da bomba de prótons, o aumento da secreção ácida gástrica, como o omeprazol, pantoprazol e etc e também os antagonistas dos receptores de histamina, esses inibem a secreção ácida induzida pela histamina, como o cimetidina, ranitidina. Outra forma também de tratamento é o esvaziamento gástrico. Quando o estômago está muito cheio, existem mais chances de ocorrer refluxo gastroesofágico. Sendo assim, para evitar isso, pode-se estimular a motilidade gastrointestinal com remédios procinéticos como a metoclopramida, domperidona ou cisaprida que ajudam no esvaziamento gástrico, diminuindo assim o tempo de permanência dos alimentos no estômago, evitando o refluxo.

DESCRITORES: Refluxo Gastroesofágico. Diagnóstico. Fluxo Retrógrado

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ENDOMETRIOSE

BEATRIZ ROBERTA LIANDRO ALVES[1]; KALINE LIMA MILFONT[1]; LÍVIA RACHEL DE ABRANTES DIAS[1]; MARIA ISADORA TELES NOGUEIRA[1]; SAMARA LOPES DE ARAÚJO[1]; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES[2]

A endometriose é uma doença ginecológica definida pelo desenvolvimento de glândulas e estroma endometriais fora da cavidade uterina, assim podendo aderir-se a outros órgãos, o que resulta numa reação inflamatória crônica. As localizações mais comumente envolvidas são ovários, escavação retouterina, ligamentos que sustentam o útero, trompas, septo reto-vaginal, intestino, bexiga e parede da pelve. A patogênese da endometriose tem sido explicada por diversas teorias que apontam para a multicausalidade, associando fatores genéticos, anormalidades imunológicas e disfunção endometrial. Na teoria da implantação, o tecido endometrial, por meio da menstruação retrógrada, teria acesso a estruturas pélvicas através das tubas uterinas implantando-se na superfície peritoneal, estabelecendo fluxo sanguíneo e gerando resposta inflamatória. A teoria da metaplasia celômica propõe que células indiferenciadas do peritônio pélvico teriam capacidade de se diferenciar em tecido endometrial. A teoria do transplante direto explicaria o desenvolvimento de endometriose em episiotomia, em cicatriz de cesariana e em outras cicatrizes cirúrgicas. Disseminação de células ou tecido endometriais através de vasos sanguíneos e linfáticos explicaria as localizações fora da cavidade pélvica. É diagnosticada quase que exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva. Pacientes com endometriose têm 20 vezes mais chance de apresentar infertilidade. A relatos de endometriose associada a anomalias congênitas (estenoide ou artresia cervical, agenesia de vagina ou hímen imperfurado) em adolescentes. É pouco frequente antes da menarca e após a menopausa. Gravidez precoce e gestações sucessivas parecem prevenir o desenvolvimento da doença. Raramente é observado em mulheres amenorreicas. Pode está relacionado a patologias estrogênio-dependentes como miomatose uterina e hiperplasia endometrial. Sua sintomatologia está atrelada a ciclos menstruais intensos e dor pélvica. O diagnóstico baseia-se na anamnese, e requer o exame ginecológico, em seguida complementares para sua confirmação, como a observação dos sintomas e exames laboratoriais a exemplo do marcador CA-125 utilizado como auxiliar e, também para avaliar a quantidade deste marcador tumoral no sangue; em casos graves, essa condição pode ocasionar a infertilidade, que é diagnosticada após a realização de exames de imagem (ultrassom transvaginal ou pélvico). O tratamento clínico hormonal visa inibir a produção de gonadotrofinas, anulando a esteroidogênese e, subsequentemente, liquefazer, necrosar e absorver implantes. Existem dois tipos: o tratamento cirúrgico, nesse procedimento, a endometriose é removida por meio de uma cirurgia chamada laparoscopia e o tratamento com medicamentos, pode ser realizado com administração contínua de anticoncepcionais orais, progestagênio sintético ou análogos de GnRH. Portanto, recomenda-se acompanhamento por uma ginecologista, para promover e auxiliar no tratamento.

DESCRITORES: Endometriose. Doença Ginecológica. Estroma Endometriais

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

MAL DE PARKINSON: TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DO PACIENTE À LUZ DA LITERATURA

ANA GABRIELA VENANCIO DE PAULA BEZERRA[1]; CAIO GABRIEL BARBOZA ARAGÃO[1]; MARIA FERNANDA COUTINHO PESSOA[1]; MARIA IZABEL WANDERLEY BEZERRA[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

O Mal de Parkinson (MP) é um transtorno neurodegenerativo decorrente da perda progressiva de neurônios dopaminérgicos na parte compacta da substância negra. A consequente subprodução ou ausência do neurotransmissor dopamina determina o aparecimento dos sinais e sintomas que caracterizam a doença de Parkinson. O presente estudo tem como objetivo descrever o tratamento do MP e suas repercussões, utilizando metodologia bibliográfica pela análise de artigos científicos disponíveis no SciELO, CF Source e demais jornais científicos. Os principais indicadores do Parkinson são bradicinesia, tremor de repouso, instabilidade postural e distúrbios de marcha. Na maioria dos casos, as deficiências motoras podem ser acompanhadas por distúrbios não motores, tais quais depressão e demência. Ainda não existem tratamentos que impeçam o processo neurodegenerativo, de forma que o tratamento almeja melhorar a qualidade de vida do paciente através da atenuação dos sintomas a partir da reposição de dopamina. O fármaco mais utilizado é a levodopa, precursora da dopamina, que, associada à carbidopa ou à benserazida, é capaz de atravessar a barreira hematoencefálica. O composto será absorvido e transportado pela corrente sanguínea, onde é atacado pela enzima dopa descarboxilase (DDC), que irá convertê-lo em dopamina. Com isso, ao alcançar o cérebro, atuará na resolução sintomática do Parkinson. Entretanto, de acordo com a literatura, o uso crônico da levodopa pode causar problemas gastrointestinais, complicações motoras, náuseas, vômitos e hipotensão ortostática, de maneira que, conforme a progressão da doença, a levodopa torna-se insuficiente no controle sintomatológico do MP. Assim, torna-se necessária a substituição ou associação da levodopa com outros medicamentos, como a seregilina, que irá diminuir o aparecimento de discinesias e flutuações motoras que geralmente acompanham o tratamento levodopa/carbidopa. Logo, pode-se concluir que é fundamental a avaliação clínica do médico para realizar as adaptações necessárias ao cuidado farmacológico à medida em que o estágio da doença avança para melhorar a qualidade de vida do paciente com Parkinson. Diante disso, conclui-se que apesar de ser uma doença com sequelas irreversíveis, o tratamento adequado, incluindo medicamentos, fisioterapia, fonoaudiologia, constante estímulo cognitivo e suporte psicológico, pode melhorar o prognóstico e evolução do parkinsoniano.

DESCRITORES: Doença de Parkinson. Tratamento Framacológico. Evolução Clínica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

USO INDISCRIMINADO DE AINES E CONSEQUENTE FORMAÇÃO DE ÚLCERA PÉPTICA.

ANNA LETÍCIA SILVA CAVALCANTE[1]; BRENDA RENATA PEREIRA LIMA[1]; EMANUELA AGUIAR CORREIA[1]; FILIPE PINTO DE OLIVEIRA[1]; GERMANA GOMES SAMPAIO BRITO[1]; RAPHAEL BATISTA DA NÓBREGA[2]

Introdução: Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo. Esses fármacos proporcionam efeitos anti-inflamatórios, analgésicos e antipiréticos. Todavia, há também um amplo espectro de efeitos adversos, sendo as complicações gastrointestinais (GI) um dos mais importantes: mais de 40% dos consumidores desses medicamentos apresentam sintomas referidos ao trato gastrointestinal (TGI). A úlcera péptica é uma lesão que ocorre na mucosa digestiva, sendo caracterizada por um desequilíbrio entre fatores agressores e protetores da mucosa gástrica e tem, dentre as suas principais etiologias, o uso indiscriminado de AINES. Objetivo: Abordar explicitamente sobre o desenvolvimento da úlcera péptica derivada do uso inapropriado de anti-inflamatórios não esteroidais. Metodologia: O estudo foi realizado pelos alunos do 2° período da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). A partir do estudo de artigos científicos e de literaturas será apresentada a patologia da úlcera péptica correlacionada ao uso indiscriminado dos anti-inflamatórios não esteroidais. Resultados e discussão: Em decorrência de sua ótima ação analgésica e anti-inflamatória, os AINEs encontram-se entre os medicamentos mais prescritos em todo o mundo e estão entre os mais consumidos nas práticas de automedicação. O uso crônico dos AINES resulta na inibição da via das ciclooxigenases (COX-1 e COX-2) e consequente redução da conversão do ácido araquidônico (AA) em prostaglandinas (PGs) o que, em geral, está relacionado à formação de úlceras pépticas na parede do trato gastrointestinal baixo. Por inibirem a COX-1, os AINEs impedem a síntese de prostaglandinas gástricas, especialmente PGI2 e PGE2, que servem como agentes citoprotetores da mucosa gástrica. Estes eicosanóides agem inibindo a secreção ácida pelo estômago, aumentando o fluxo sanguíneo na mucosa gástrica e promovendo a secreção de mucocitoprotetor. A inibição da síntese de prostaglandinas, portanto, acarreta ao estômago uma maior suscetibilidade às lesões. Considerações finais: Dessa forma, pelo uso da medicação errada, pois os médicos sempre prescreviam AINES, e pelo diagnóstico incompleto, o paciente voltou a dar entrada no hospital com piora do caso. Após a análise do caso, pode-se concluir a gravidade da úlcera péptica como consequência do uso indiscriminado de AINES.

DESCRITORES: Úlcera Péptica. Anti-inflamatórios. Trato Gastrointestinal

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

TÉCNICA DE FECHAMENTO DE FORAME OVAL PATENTE COM O USO DE PRÓTESE DE AMPLATZER CRIBIFROM

BRUNA KELLY LIMA CHAVES[1]; MARIANA SOARES GARCIA SUASSUNA[1]; MARÍLIA LEITE DE MENEZES[1]; THIAGO LEANDRO SANTOS BEZERRA[1]; RAPHAEL BATISTA DA NÓBREGA[2]

O Forame Oval Patente é um forame posicionado caudalmente no septo secundum e cranialmente no septo primum, formando uma válvula que abre com a pressão do átrio direito. Após o nascimento, a pressão do átrio esquerdo eleva-se além da pressão do átrio direito, mantendo a válvula fechada. Na maioria das pessoas, o septo primum funde-se ao septo secundum, fechando o forame. Entretanto, quando não há esta fusão, em cerca de 30 % da população, ocasiona o Forame Oval Patente (FOP). Por ser um defeito ao longo do septo interatrial, a sua localização é variável e encontram-se quatro tipos de defeitos anatômicos: o da fossa oval ou ostium secundus, o caso mais frequente; o ostium primum, situado na parte de baixo do septo; o sinus venosus, presente na parte posterior e mais alta do septo; e o de seio coronariano, localizado no teto do átrio esquerdo. Existe um grande risco em se permanecer com o forame oval patente, pois esse pode acarretar, por exemplo, uma embolização do sistema venoso ao sistema arterial, sendo necessário uma intervenção cirúrgica para a correção desse problema.Para correção desse problema existe um procedimento cirúrgico chamado de Fechamento Percutâneo do Defeito Septal, que consiste em implantar uma prótese por meio de uma punção na virilha, por onde um cateter guia a prótese através da artéria femoral até a veia pulmonar esquerda, sob uma visão ecocardiográfica, até ser encaixada no defeito septal. A prótese vem compactada em um dispositivo que a libera, e, ao ser posicionada, retira-se o cateter. Após o procedimento, normalmente o paciente ficara 24 horas na UTI e mais um dia em observação, para só então receber alta. Esse procedimento é apropriado para defeitos da fossa oval que possuem embolização do sistema venoso; para pacientes que não possuem sintomas, mas que possuem alterações compassíveis com a embolização, ou ainda para pacientes que ao realizarem um exame de doppler transesofágico acusam passagens de microbolhas em um padrão de chuveiro ou de cortina. Essa técnica apresenta incidência de complicações após o procedimento baixa (0 a 11,5%), ocorrendo a maioria no laboratório de hemodinâmica. Arritmias transitórias ocorrem em até 2,9% dos pacientes e não necessitam tratamento. A grande maioria dos pacientes leva vida normal, sendo que a taxa de oclusão após um ano é de 97,5%. Já a incidência tardia de trombos na prótese de Amplatzer é zero.

DESCRITORES: Forame Oval Patente. Prótese. Septo Interatrial

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

INFECÇÃO URINÁRIA EM CRIANÇAS

AYLLA ALVES MENDES[1]; LUANA RIBEIRO PEREIRA[1]; PEDRO JORGE FIGUEIREDO CUNHA[1]; WERUSKA ABRANTES SOARES BARBOSAS[2]

Introdução: infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana grave mais frequente da infância, acometendo aproximadamente 9% de crianças menores de 15 anos. Em lactentes com febre sem sinais localizatórios, a prevalência média de ITU é de 7%, sendo maior no sexo feminino e na raça caucasiana Objetivo: Descrever o mecanismo de formação e a estrutura da infecção urinária em crianças, sua fisiopatologia e diagnóstico. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por acadêmicos do 2° período de medicina da FAMENE. Para a realização do estudo acessou-se aos bancos de dados da SCIELO, LILACS e BVS. Resultados e discussão: A infecção do trato urinário (ITU) é uma infecção causada principalmente por bactérias aeróbias Gram-negativas (Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella sp, Enterobacter sp, Pseudomonas aeruginosa, Serratia sp, Morganella morganii, Providencia stuartii) e por cocos Gram-positivos (Staphylococci, Streptococci grupos D e B). O diagnóstico preciso da ITU tem importantes implicações clínicas, pois a maior parte dos lactentes febris portadores de ITU demonstra evidência de comprometimento do parênquima renal, ou seja, infecção renal. O retardo no diagnóstico e tratamento da pielonefrite aumenta o risco de lesão renal e pode levar a sequelas graves como insuficiência renal e hipertensão arterial sistêmica. Em crianças maiores, é possível encontrar os sintomas clássicos de ITU como disúria, polaciúria, urgência miccional, dor lombar, alterações de cor e odor urinário. Em lactentes, porém, o quadro tende a ser inespecífico e a febre, muitas vezes, é o único sinal. A urocultura quantitativa é o padrão-ouro no diagnóstico de ITU. Após a coleta da urina de maneira asséptica, o tratamento empírico inicial é preconizado nos casos suspeitos, baseado na clínica associada a alterações encontradas nos exames de microscopia urinária ou alterações nos testes rápidos de fita diagnóstica. Considerações Finais: É notório que a infecção do trato urinário acomete uma quantidade significativa de crianças no Brasil, sobretudo do sexo feminino. Além disso, caso a ITU não seja tratada de forma rápida e efetiva poderá evoluir para casos mais graves, como a Síndrome Hemolítica Urêmica que pode levar a insuficiência renal e até mesmo problemas no Sistema Nervoso Central. Sendo assim, é necessário que haja o devido cuidado com a higiene íntima das crianças e evitar contato com alimentos contaminados para que infecções causadas por Escherichia Coli sejam evitadas.

DESCRITORES: Escherichia Coli. Criança. Pielonefrite

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DOENÇA DE PARKINSON: RELATO DE CASO

ANA JULIA LANDIM DE MACÊDO[1]; ERICK MATHEUS CAVALCANTE ALVES[1]; MARIA CLARA SOUSA PEIXOTO[1]; PAULINA RODRIGUES PEREIRA DA CRUZ[1]; REBECA DE SOUSA FRANÇA[1]; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES[2]

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) é definida como uma doença neurológica progressiva do sistema extrapiramidal. Afeta e prejudica as estruturas e as funções do corpo, causando limitações nas atividades de vida diária. O início do quadro clínico ocorre geralmente entre 50 e 70 anos de idade. O diagnóstico é clínico, baseado na história médica e exame físico. A doença de Parkinson (DP) é a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente entre os idosos, atingindo de 1 a 3% dessa população. A prevalência da DP na população brasileira é de 550 casos por 100.000 habitantes aos 70 anos de idade. Objetivo: Identificar a sintomatologia e tratamento da DP. Metodologia: O trabalho consiste na realização de uma revisão de literatura, sobre a Doença de Parkinson, com destaque para sua sintomatologia e tratamento. Para tal, foi realizado pesquisas na base de dados Medline e Scielo. Resultado e discussão: A Doença de Parkinson é caracterizada principalmente pela degeneração das células (neurônios) da camada ventral da parte compacta da substância negra. Tal degeneração resulta na diminuição da produção de dopamina, produzindo um conjunto de sintomas caracterizados principalmente por distúrbios motores. Seu início costuma ser insidioso, e dificilmente o portador identifica o momento exato em que notou alguma mudança em si. O diagnóstico da DP é estabelecido com a presença dos principais sinais: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia e alterações posturais, acrescidos de assimetria do quadro e da resposta inicial a uso de levodopa. Mas o estudo clínico do paciente ainda é condição essencial para o correto diagnóstico. Quanto ao tratamento, ainda não existem medicamentos capazes de interromper o curso da doença nem de evitá-la; os existentes visam o controle dos sintomas com o objetivo de manter o portador com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico, o que se obtém com a reposição de dopamina. A administração de levodopa é a terapia medicamentosa mais recomendada no controle dos sintomas. Porém à medida que a doença progride, torna-se necessário aumentar a dose e diminuir o intervalo das tomadas. Se o paciente não responde mais à farmacoterapia, o tratamento neurocirúrgico é utilizado. Considerações finais: É importante compreender que os sintomas da Doença de Parkinson irão aumentar gradativamente ao longo da vida do paciente e que independente da droga a ser usada, o tratamento da DP é apenas paliativo, não cessando a progressão da degeneração neuronal.

DESCRITORES: Doença de Parkinson. Diagnóstico. Tratamento

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

NEUROESQUISTOSSOMOSE

ARTHUR RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA[1]; EDUARDO ANTONIO MONTENEGRO CABRAL[1]; JOSÉ VITOR CORREIA CAVALCANTI GUERRA [1]; OTHILIO JOHANES LEITE CIRAULO ISMAEL DA COSTA NEVES[1]; MARIA ANUNCIADA AGRA DE OLIVEIRA SALOMÃO [2]

A esquistossomose é a segunda parasitose mais frequente no mundo, ficando atrás apenas da malária. No Brasil, estima-se que aproximadamente 12 milhões de pessoas sejam portadoras desta parasitose e 30 milhões encontrem-se sob o risco de contraí-la. Aproximadamente 20 a 30% dos portadores da esquistossomose mansônica tem comprometimento do sistema nervoso central. A neuroesquistossomose (NE) é o comprometimento do sistema nervoso diretamente pelo parasita ou indiretamente pela deposição de complexos imunes circundantes, produzindo ou não sintomatologia e sendo a forma ectópica mais frequente e incapacitante da infecção esquistossômica. A NE pode ocorrer em qualquer estágio da doença esquistossômica, podendo não haver história clínica prévia, ocorrer nos estágios precoces da infecção, durante a evolução da forma crônica ou anos após o desaparecimento das manifestações sistêmicas da infecção pelo parasita. Portanto, o intervalo entre a infecção e o desenvolvimento dos sintomas é variável de dias a anos.As manifestações neurológicas surgem de forma aguda ou subaguda, com piora progressiva e acumulativa de sinais e sintomas, instalando-se o quadro clínico neurológico completo geralmente em 15 dias. O envolvimento neurológico pela esquistossomose é classificado segundo aspectos anatômicos e manifestações sindrômicas em formas clínicas por mielite, meningomielorradiculite, radiculite e formas pseudoneoplásicas cerebral e medular. O diagnóstico da NE é fundamentado em dados epidemiológicos, clínicos e de exames complementares, como laboratoriais e de imagem. Sua confirmação anátomopatológica, seja pela demonstração de ovos de S. mansoni na biópsia do tecido nervoso ou na necrópsia, é a única prova incontestável da MRE.

DESCRITORES: Esquistossomose. Parasitose. Esquistossomose Mansônica

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

ESTENOSES NO ESOFAGO

DARA SILVEIRA BORBOREMA[1]; GÉSSICA BARROS ARAUJO[1]; VIRNA MARIA LIMA MORAIS DE CARVALHO[1]; MARINA TAVARES COSTA NÓBREGA [2]

Se não for convenientemente tratada, a esofagite pode ser responsável pelo aparecimento de estenoses no esôfago, ou seja, de estreitamentos que dificultam ou impedem a passagem dos alimentos e da saliva, e pela ocorrência de úlceras. A estenose esofágica é tipicamente causada por tecido cicatricial que se desenvolve como resultado por exemplo, da Azia crônica, conhecida como doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), uma condição em que o ácido do estômago flui para o esôfago e causa uma sensação de queimação na parte inferior do tórax.Fatores de Risco: Um fator de risco é algo que aumenta sua chance de contrair uma doença ou condição. Cura, devido à irritação ácida, aumenta suas chances de desenvolver estenose esofágica. A causa mais comum de estenose esofágica é a DRGE.Sintomas: Dificuldade em engolir, dor ao engolir, perda de peso involuntária, regurgitação de alimentos (quando a comida flui do estômago para o esôfago ou boca) Diagnósticos: O médico perguntará sobre seus sintomas e histórico médico e realizará um exame físico. Pode ser necessário consultar um médico especializado no diagnóstico e tratamento de distúrbios do trato gastrointestinal e do fígado (gastroenterologista). O trato gastrointestinal inclui a boca, esôfago, estômago, duodeno, intestino delgado e grosso (cólon), reto e ânus. Os testes podem incluir: •Ingestão de solução de bário: série de radiografias do esôfago tomadas ao beber uma solução de bário e depois de beber •Endoscopia: exame do esôfago usando um instrumento iluminado e flexível chamado endoscópio. Tratamento Dilatação esofágica: A dilatação do esôfago é um procedimento que o médico realiza para encolher ou aumentar o esôfago. Seu médico irá passar um endoscópio pela boca e pelo esôfago, estômago e duodeno. Inflar um pequeno balão ou usar dilatadores de plástico estreitos para encolher o esôfago. Para sua conveniência, seu médico pode realizar este procedimento enquanto estiver sedado e aplicar um spray anestésico local na parte de trás da garganta. Frequentemente, dilatações repetidas são necessárias para encolher adequadamente o esôfago. Inibidores da bomba de prótons: Quando a estenose esofágica é causada pela DRGE, inibidores da bomba de prótons ou drogas que bloqueiam o ácido são usados para evitar que a estenose volte. Prevenção: Consulte o seu médico se você tiver DRGEE evite ingerir substâncias corrosivas.

DESCRITORES: Esofagite. Refluxo. Azia

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

COMUNICAÇÃO INTERATRIAL: O MAIS COMUM DISTÚRBIO CARDÍACO CONGÊNITO

JOAO PEDRO PERAZZO GOMES PEREIRA[1]; JOAO VITOR TOSCANO PORPINO DE LUCENA[1]; KLEYTON MATHEUS HONORATO MUNIZ[1]; LUCAS VICTOR ARAUJO DE ALMEIDAS[1]; PEDRO HENRIQUE BANDEIRA SALES[1]; RAPHAEL BATISTA DE NOBREGA[2]

A Comunicação Interatrial é uma cardiopatia congênita causada por uma falha genética, em que há um defeito na formação do septo interatrial. Sendo esse um dos mais frequentes defeitos cardíacos congênitos (de 5 a 10% destes). A doença é caracterizada pela abertura do septo atrial, em que há uma mistura entre o sangue arterial do lado esquerdo do coração com o venoso do lado direito. Com isso, o portador desse distúrbio apresenta sintomas como hipertensão arterial e pulmonar, que pode levar a tromboembolias, problemas respiratórios freqüentes e platipneia-ortodeoxia, caracterizado pela presença de diferentes graus de hipoxemia em diferentes posições, como sentada ou ortostática. Existem diferentes tipos de CIA, que se diferencia dependendo da região do septo interatrial afetada, podendo ser seio venoso, ostium primum, que é o mais comum, ostium secundum e seio coronário. O tratamento realizado tem que ser cirúrgico, para bloquear a abertura do septo, podendo ser cirurgia convencional ou fechamento por implante de dispositivo percutâneo. Na convencional, é realizado uma esternotomia mediana para ter acesso a área cardíaca, que é uma abertura cirúrgica feita no indivíduo no nível do esterno. Durante o procedimento, a circulação do indivíduo é realizada por uma máquina de circulação extracorpórea, e o coração fica em cardioplegia (parado), para facilitar o processo. No método de fechamento por implante de dispositivo percutâneo é realizado, primeiramente, a implantação de um cateter de dimensionamento para determinar as características da abertura, como tamanho e localização. Em seguida, é inserido outro cateter que contém o equipamento de oclusão, podendo ser amplatzer ou figulla, que será liberado na sua área de ação, ocluindo a abertura septal. Nesse procedimento, não é necessário a utilização da circulação extracorpórea. Todo o procedimento é realizado com o acompanhamento de fluoroscopia, que visualiza o movimento das partes do corpo a partir dos agentes de contraste utilizados, como bário, e Ecocardiograma Transesofágico (ETE). Após o procedimento, o paciente recebe heparina, um forte anticoagulante, por 24h para evitar a formação de trombos. O método percutâneo gera muito menos trauma, não necessita de circulação extracorpórea, e consequentemente tem um tempo menor de internação. O pós-operatório pode ter complicações, como embolização e shunt residual, que são decorrentes do mal dimensionamento feito pelo primeiro cateter.

DESCRITORES: Comunicação Interatrial. Cardiopatia Congênita. Abertura do septo Atrial

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

DISRUPTORES ENDÓCRINOS ASSOCIADOS A FISIOPATOLOGIA DE ENDOMETRIOSE

ANTÔNIO FERNANDO CALDAS[1]; AMANDA VAN DER LINDEN[1]; EDGAR DE ARAÚJO PIMENTEL NETO[1]; EMANUEL BIONE AIRES[1]; VICTOR IAGO DE SOUSA BARBOSA[1]; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI[2]

A endometriose é uma patologia que acomete as mulheres e caracterizada pelo implante de células endometriais, que migram no sentido oposto e vai para os ovários ou para cavidade abdominal, porém os especialistas ainda não sabem ao certo a causa primária do problema. A patologia tem os sintomas de dor crônica n região pélvica, infertilidade e dor durante as relações sexuais. O estilo de vida da mulher é apontado como uma das principais causas da doença, entretanto fatores genéticos também devem ser considerados. O objetivo desse trabalho é analisar a associação entre os Desreguladores Endócrinos(DE) e a fisiopatologia da endometriose acometida nas mulheres. Um Desregulador Endócrino, também conhecido como disruptor endócrino, é uma substância exógena ou uma mistura de substâncias, naturais ou sintéticas, que são capazes de bloquear ou modular a resposta endócrina por meio da interação com os receptores dos hormônios esteroides e incluem substâncias como as pesticidas, herbicidas, fungicidas; substâncias utilizadas nas indústrias e seus subprodutos, como dioxinas, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (HAP), ftalatos, bisfenol A e metais pesados, com forte presença em materiais de limpeza e cosméticos que podem danificar diretamente um órgão endócrino e sua função. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) , a exposição aos disruptores endócrinos ao longo do tempo causa distúrbios na saúde, causando doenças reprodutivas/endócrinas, como: câncer de mama, câncer de próstata, endometriose, infertilidade, diabetes. São várias teorias que tentam explicar o desenvolvimento da endometriose. Todavia, não existe, até o momento, uma teoria única que identifique e explique todos os aspectos clínicos dessa doença considerada multifatorial. Atualmente, os contaminantes ambientais têm sido indicados como possíveis causas para as alterações na biologia molecular do endométrio, levando ao desenvolvimento de tecido ectópico que normalmente ocorre na região pélvica, fora do útero, nos ovários, no intestino, no reto, na bexiga e no peritônio, influenciando no funcionamento anormal desses órgãos.

DESCRITORES: Endometriose. Disruptores Endócrinos. Infertilidade

[1]Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança
[2]Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança