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

XXV MOSTRA DE TUTORIA DA FAMENE 2020.2

12 a 14 de novembro de 2020

ISSN 21756171

SAULO FELIPE COSTA

Coordenador do Evento

JOAO PESSOA/PB
2020

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

COORDENADOR DO EVENTO
Prof. Saulo Felipe Costa

COMISSÃO ORGANIZADORA
Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca
Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim
Saulo Felipe Costa

COMISSÃO CIENTÍFICA DO EVENTO
Carolina Uchôa Guerra Barbosa de Lima
Clélia de Alencar Xavier Mota
Cibelle Cabral David
Deivid Almeida da Costa
Hermann Ferreira Costa
Homero Perazzo Barbosa
Iara Medeiros de Araújo
Ideltônio José Feitosa Barbosa
Juliana Machado Amorim
Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão
Marcos Antônio Alves De Medeiros
Maria do Socorro Vieira Pereira
Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim
Raphael Batista da Nóbrega
Suellen Maria Pinto de Menezes Silva Viana
Valéria Cristina Silva de Oliveira
Vinícius Nogueira Trajano
Weruskha Abrantes Soares Barbosa

Estamos trazendo nestes Anais a divulgação dos trabalhos apresentados na XXV Mostra de Tutoria da Famene 2020.2 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, 20 de novembro de 2020.

PÔSTER DIALOGADO

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA VERSUS MINILAPAROTÔMICA NA COLELITÍASE

ANDRÉ DE SOUSA LEAL NETO[1]; LUCCA SANTANA LACERDA[1]; LÍGIA RAMOS DE MENEZES[1]; ISADORA LEITÃO MEDEIROS[1]; JULIA MARIA DE CARVALHO E SILVA[1]; RAPHAEL BATISTA DA NÓBREGA[2]

INTRODUÇÃO remoção cirúrgica da vesícula biliar é uma operação realizada há mais de um século. Em 1985 a introdução da técnica laparoscópica foi um fator importante na colecistectomia por representar técnica menos invasiva, resultado estético melhor e menor risco cirúrgico comparado ao procedimento laparotômico. Utiliza se como exame ouro a ultrassonografia para diagnóstico da colelitíase, demonstrando o espessamento da parede vesicular. No fim do século vinte, a colecistectomia passou a ser feita por meio de acessos menores como a minilaparotomia e em seguida pela videolaparoscopia. Mais recentemente, a colecistectomia tem sido realizada, em caráter experimental ou excepcional, por meio do acesso transgástrico e transvaginal. **Objetivo:** Comparar a colecistectomia laparoscópica e a minilaparotômica no tratamento da colecistolitíase. **Metodologia:** Revisar literatura científica publicadas nas bases de dados Medline, Scielo, Embase, Cochrane e Lilacs nos últimos cinco anos.**Resultados e discussões**: A colecistectomia videolaparoscópica atualmente é a modalidade de escolha considerada pelos médicos mais segura, com mortalidade e índice de complicações muito baixas. Certamente muito menores que os problemas decorrentes das complicações das doenças vesiculares. Cabe um alerta, todavia, para a cirurgia videolaparoscópica. Eventualmente não é realizável, impondo conversão para cirurgia convencional aberta. Os métodos tratam a doença da mesma maneira, a diferença é o meio que o cirurgião realiza podendo surgir complicações comuns a qualquer procedimento cirúrgico (sangramento, infecção, cicatrização imperfeita da incisão cirúrgica, hérnia no local da incisão cirúrgica, trombose); lesão das vias biliares; fístula (vazamento) de bile. A colecistectomia por minilaparotomia é uma opção em relação ao custo, este é a metade do valor referente a cirurgia videolaparoscópica, apresentando bom resultado estético e menor incidência de hérnia incisional, pois é realizada uma pequena incisão na parte superior do abdômen (entre 5cm a 6cm), com fechamento da pele através de pontos intradérmicos, não sendo necessário posterior retirada dos pontos. Conclusão: A colecistectomia laparoscópica está associada à menor incidência de dor pós-operatória e complicações infecciosas, assim como menor tempo de internação hospitalar e de retorno às atividades laborais, se comparada à colecistectomia minilaparotômica. A laparoscopia apresenta maior tempo cirúrgico se comparada à minilaparotomia. A recuperação acontece dentro de 1 semana, no caso de cirurgia por laparoscopia ou após 2 semanas, no caso da minilaparoscopia. Estatisticamente não há significância nos desfechos conversão cirúrgica, infecção de sítio operatório, reintervenção cirúrgica, injúria do ducto biliar comum, perfuração da vesícula e íleo paralítico.

DESCRITORES: Colecistectomia.Colecistectomia Laparoscópica.Laparotomia

[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

CARCINOMA BASOCELULAR: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

ADALBERTO ALVES DE SOUSA JÚNIOR[1]; CARLOS ALBERTO GURGEL DE FARIA[1]; PAULO RICARDO LEMOS PAIVA FILHO[1]; SANZYA VIANA DANTAS[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

O câncer de pele é descrito como neoplasia maligna mais comum em humanos abrangendo todo o mundo, tornando sua incidência de carácter epidêmico. Este pode ser classificado como CPM (câncer de pele melanoma) e CPNM (câncer de pele não melanoma). Entre os de menos letalidade está o carcinoma basocelular (CBC), com origem nos tecidos da epiderme. O CBC é o tipo mais frequente de câncer de pele, que é caracterizado como um tumor maligno da pele com menos potencialidade, crescimento lento e raramente se dissemina a distância e com o de maior índice de cura em caso de detecção precoce e menos letalidade, por geralmente não apresentar metástases. É mais comum em pessoas de pele clara, loiras e ruivas, olhos claros e albinos, com histórico de exposição solar e mais raro em pessoas de pele escura. O tratamento depende do tamanho e da localização do tumor, se está disseminado e do estado geral do paciente. As opções de tratamento podem incluir cirurgia, terapia local, radioterapia, quimioterapia, terapia-alvo (Instituto Oncoguia, 2019). OBJETIVOS: Descrever o diagnóstico e tratamento do carcinoma basocelular. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizadas por alunos do 1º período de Medicina da FAMENE, a fim de esclarecer acerca do CBC seu diagnóstico e tratamento. Para este trabalho realizou-se uma revisão de literatura a partir do banco de dados da SCIELO. RESULTADOS E DISCUSSÕES: O CBC é a malignidade mais comum e sua incidência vem aumentando nas últimas décadas. A anamnese e o exame físico aliado à dermatoscopia são fundamentais para determinar o diagnóstico e guiar a conduta a ser seguida no caso relatado. CONCLUSÃO: Como vimos, o CBC é o tipo de câncer de pele mais comum, constituindo 70% dos casos, mas, felizmente é o menos agressivo. O CBC apresenta crescimento muito lento, que dificilmente invade outros tecidos e causa metástase. O ideal para se evitar este tipo de lesão é se proteger evitando a exposição solar, principalmente em horários onde o sol se encontra mais forte, e sempre utilizando o protetor solar. A utilização de protetores físicos também é de suma importância como óculos de sol, chapéus e camisetas com proteção UVA e UVB. E sempre procurar o médico para fazer o acompanhamento periódico, principalmente quando observar uma nova lesão ou sinal. Ele fará a análise de todos os sinais da sua pele usando o dermatoscópio. O diagnostico precoce é muito importante, já que a maioria dos casos detectados no início apresenta bons índices de cura.

DESCRITORES: Carcinoma Basocelular. Câncer de Pele. Tumor Maligno.

[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

LEUCOPENIA: CONDIÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

ADIANE MARIA CUNHA GUEDES E SILVA[1]; DAYANA GLÓRIA MARINHO VIEGAS[1]; LÍGIA DENNIERY PEREIRA FRADE[1]; MARIANA DE MORAES CÉSAR[1]; HERMANN FERREIRA COSTA[2]

Leucopenia é o termo usado para caracterizar a redução de leucócitos, também conhecido como glóbulos brancos. Os leucócitos compõem o sistema imunológico, sua quantidade é variada de acordo com as respostas imunes. É uma das principais causas de encaminhamento de pacientes e indivíduos sadios ao hematologista, que na maioria das vezes se trata apenas de uma manifestação hematológica temporária. Não há sintomas bem predefinidos e tão preocupantes, visto que, não se trata de uma doença e sim uma condição laboratorial, no entanto, níveis muito baixos de glóbulos brancos podem levar a maior propensão de infecções, havendo, portanto, uma diminuição nas defesas orgânicas, com presença de febre, sensação de cansaço, sonolência. Através do leucograma, é realizado o diagnóstico no qual pode ser analisada a série branca por contagem total dos leucócitos e por contagem diferencial, contando-se 100 células. O valor de referência para adultos normais está entre 4.500 a 11.000 leucócitos por milímetro cúbico de sangue, podendo tais valores sofrer modificação, devido a alguns fatores, são eles: Fatores constitucionais, sendo o principal a variação étnica, ou seja, indivíduos de determinada etnia que apresentam em média 3.000/mm³; Fatores Naturais, caracterizado pela alteração natural da quantidade de leucócitos de acordo com as fases da vida, como crescimento, sexo, idade; Fatores patológicos, sendo os principais, usam de medicamentos e esteróides, doenças auto-imunes, processos cirúrgicos, processos inflamatórios, entre outros. Além do hemograma, alguns exames podem ser solicitados para complementar um melhor esclarecimento da causa da leucopenia, o Mielograma, por exemplo, é indicado em alguns casos, ele consiste em obter uma amostra de material contido no interior da medula dos ossos, o qual é examinado a fim de identificar quais os tipos de células estão envolvidos na doença. Para o tratamento se faz necessário o uso de vitaminas e esteróides a fim de estimular a produção de leucócitos na medula óssea. Para que seja realizado um bom prognóstico, é importante entender que a leucopenia é uma condição, quase sempre seguida de doença. Como prevenção, deve-se evitar grande exposição a substâncias químicas, como tintas, pesticidas, inseticidas; evitar ingestão abusiva de álcool e principalmente a automedicação, além de se submeter regularmente a análises de sangue para detectar precocemente essa condição ainda em fase inicial.

DESCRITORES: Leucopenia. Leucócitos. Hemograma.

[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

TRANSMISSÃO CONGÊNITA DA TRIPANOSSOMÍASE AMERICANA

ADRIANO MADRUGA SANTANA[1]; ALAN MORAIS DO NASCIMENTO[1]; ISABELLE GOMES AZEVEDO[1]; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA[2]

Tripanossomíase americana é uma enfermidade fatal e silenciosa; cujo agente etiológico é o Trypanosoma cruzi na forma tripomastigota metacíclica encontrada nas fezes do inseto barbeiro da família Triatominae; outras vias de transmissão ocorre por transfusão sanguínea, transplante de órgãos e transmissão oral. A transmissão congênita é uma das formas de contágio em que a gestante portadora da doença a transmite para o feto durante a gravidez ou aleitamento materno. Objetivo: O estudo tem como objetivo realizar uma revisão sobre os aspectos fisiopatológicos da transmissão congênita da doença de chagas. 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. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Libray Online, das plataformas Scielo e BVS. Datam entre o intervalo anual de 2010 a 2020, utilizando-se descritores: Doença de chagas; tripanossomíase americana; transmissão congênita. Resultados e discussões: A infecção chagásica transplacentária propicia que as formas tripomastigotas penetrem no estroma das vilosidades da placenta pelo epitélio trofoblástico parasitando os macrófagos e transformando-se em amastigotas, transformam-se novamente em tripomastigotas, podendo atingir a luz dos vasos fetais da placenta alcançando o feto. A doença congênita, pode causar aborto, prematuridade, retardo de crescimento intrauterino e neomortalidade. Recém-nascidos com infecção chagásica congênita podem apresentar sinais clínicos ou podem permanecer assintomáticos por vários anos. Os principais sinais e sintomas quando apresenta manifestação ao nascer incluem anemia, cianose, icterícia, edemsa, tremores, convulsões e hepatoesplenomegalia, e as lesões observadas são, de um modo geral, semelhantes às da fase aguda não congênita e estão diretamente relacionadas a presença do parasita nos tecidos. Observa-se também no período neonatal manifestações neurológicas e digestivas, tais como megaesôfago e retardo mental, que eram descritas apenas na forma crônica da doença não congênita. Considerações finais: A atenção a gestante chagásica deveria ser normatizada pelas autoridades de saúde pública, exigindo-se a investigação sorológica de toda grávida com epidemiologia para esta doença para evitar a transmissão congênita e prevenir o desenvolvimento precoce da doença quando adulto jovem. A sensibilidade de testes parasitológicos é reduzida em casos congênitos devido à baixa parasitemia e o diagnóstico é frequentemente realizado por meio de sorologia, portanto, o acompanhamento clínico de uma criança desempenha um papel importante no diagnóstico e, posteriormente, na resposta potencial ao tratamento.

DESCRITORES: Doença de chagas. tripanossomíase americana. transmissão congênita.

[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

ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS DA TETRALOGIA DE FALLOT

AGLAIRYS MICHELLY NASCIMENTO SANTOS[1]; EDUARDO UCHÔA GUERRA BARBOSA[1]; JÉSSICA FREIRE MADRUGA VIANA[1]; SOLIDONIO ARRUDA SOBREIRA[2]

Introdução: A Tetralogia de Fallot (TF) é uma cardiopatia congênita rara definida por quatro alterações morfológicas típicas do coração. A doença tem grande repercussão hemodinâmica, manifestando-se com sopro audível, cianose, taquipneia e piora progressiva do quadro com o aumento da faixa etária. Objetivo: Realizar uma revisão da literatura sobre as alterações hemodinâmicas e tratamento cirúrgico da TF. Metodologia: Foram pesquisados artigos originais indexados às bases de dados Scielo, Medline e Pubmed, empregando-se, como descritores, os termos "tetralogia de Fallot", "cianose", "neuropatia" e "sistema circulatório". Foram considerados os trabalhos publicados entre 1990 e 2018, escritos em língua portuguesa e inglesa. Resultados e discussão: a TF compreende um conjunto de defeitos anatômicos que incluem o desvio anterossuperior do septo infundibular, causando obstrução na via de saída ventrículo direito, hipertrofia ventricular direita, ampla comunicação interventricular e dextroposição da artéria aorta. A hipertrofia ventricular direita justifica-se pela estenose na via de saída do ventrículo direito. Como resultado, é exigida uma maior contratilidade do ventrículo para sobrepujar a resistência imposta pela estenose. Ademais, devido ao shunt, geralmente direito-esquerdo, sangue não oxigenado é desviado para aorta e circulação sistêmica. Deste modo, há uma diminuição da pressão de oxigênio no sangue arterial, levando à cianose, policitemia e hipóxia. Considerações finais: apesar da cirurgia paliativa de Blalock-Taussing, a cirurgia conservadora definitiva é a única estratégia capaz de resolver a etiologia da doença. A mesma é realizada por meio de esternotomia média, hipotermia e circulação extracorpórea durante a correção do defeito. O procedimento consiste em fechar a comunicação interventricular através de um patch, desobstruir a via de saída do ventrículo direito por meio da remoção de tecido e alargamento do tronco pulmonar. O acompanhamento do paciente é mandatório a fim de verificar a possibilidade de rejeição e alterações dos parâmetros hemodinâmicos.

DESCRITORES: Tetralogia de Fallot. Cianose. Sistema Circulatório

[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

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA E SUAS OPÇÕES DE TRATAMENTO

AIMEE PEREIRA DE ALBUQUERQUE MELO COSTA[1]; ANNA KAROLINE ARAGÃO DE BRITO BRUNET [1]; ARTHUR JOSÉ RODRIGUES DE FARIAS[1]; BÁRBARA JÚLIA RODRIGUES XAVIER [1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma das principais alterações que acometem os homens a partir da 5ª década de vida, nos 80 anos a probabilidade de cerca de 80% de chance de desenvolver a doença. A HPB caracteriza-se pelo crescimento adenomatoso não maligno da glândula prostática periuretral e está associada a sintomas no trato urinário inferior que impactam diretamente a qualidade de vida dos afetados. Os sintomas mais comuns são os do tipo obstrutivos, que compreendem jato fraco, esforço miccional, jato interrompido, hesitação, entre outros, e ainda de caráter irritativos que são urgência, polaciúria, dor suprapúbica, noctúria, entre outros. Objetivo: Analisar as opções de tratamentos, ou seja, as variações de medicamentos utilizada para tratar a hiperplasia prostática benigna. Metodologia: O presente trabalho trata-se de uma análise realizada tendo por base evidências cientificas. Resultado e Discussão: O diagnóstico da HPB baseia-se na correlação entre os exames físico, digital da próstata e laboratorial da urina. O exame de toque retal, também conhecido como exame de próstata, é um procedimento de rotina realizado com o intuito de fazer a avaliação prostática, podendo detectar alterações na glândula como, por exemplo, nódulo ou área suspeita de doença pelo endurecimento percebido à palpação, levando à suspeita de câncer de próstata ou hiperplasia prostática. É um procedimento de baixo custo, rápido e que permite avaliar o tamanho, o formato e a consistência da próstata, embora não em sua total abrangência. Para o diagnóstico da hiperplasia prostática é necessário corelacionar o toque retal com os exames laboratoriais, são eles: o antígeno específico prostático (PSA) que pode estar elevado na hiperplasia benigna ou no câncer da próstata. Devendo o médico considerar o resultado em conjunto com outros exames, a urinálise que é realizada para triagem de distúrbios renais, a cultura de urina para pesquisar infecção urinária, e a ureia e creatinina que são exames de sangue para avaliar a função renal. Conclusão: Conclui-se que medicamentos como: Finasterida e Terazosina podem ser indicados no tratamento para hiperplasia prostática benigna.

DESCRITORES: Próstata; Hiperplasia Prostática Benigna; 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

FEBRE AMARELA: ASPECTOS CLÍNICOS DECORRENTES DA FEBRE AMARELA

ALBERTO FABIANO MAIA TAVARES NETO[1]; GABRIELA BEZERRA SILVA MARTINS[1]; GABRIELA MADEIRA DE MELO[1]; THAIANA FERREIRA DE SOUSA[1]; WERUSKHA BARBOSA[2]

Febre amarela é uma doença infecciosa causada por um vírus e transmitida por mosquitos. Os principais sintomas da febre amarela são febre, dor muscular, náuseas e vômitos, perda de apetite e fraqueza. Na fase aguda da doença os sintomas costumam durar entre três e quatro dias e passam sozinhos. Apesar de ser considerado um vírus perigoso, a maioria das pessoas não apresentam sintoma e evoluem para a cura.

A doença é considerada aguda e hemorrágica e recebe este nome, por causar amarelidão do corpo (icterícia) e hemorragia em diversos graus. O vírus é tropical e mais comum na América do Sul e na África. No Brasil, sua ocorrência é maior na região Amazônica, mas também pode haver focos da doença em outras localidades do país.

A febre amarela pertence à classificação das arboviroses, tendo várias diferenças entre a dengue e ao Zika vírus, apesar de pertencerem à família dos Flavivírus. Pode ser de dois tipos: febre amarela silvestre, transmitida por Haemagogus - um mosquito que vive no topo de árvores de florestas e transmite a doença principalmente a macacos e raramente a habitantes de áreas rurais ou pode ser febre amarela urbana, que é transmitida pelos Aedes aegypti e Aedes albopictus. Sua transmissão se da do homem infectado ao mosquito para outro homem que não possui a vacina. Não existe a transmissão pessoa para pessoa. Possui uma vacina segura e eficaz. Em áreas onde a febre amarela é comum, além do diagnóstico antecipado a vacinação de grande parte da população é essencial para prevenir surtos. O tratamento de pessoas infetadas destina-se a aliviar os sintomas, não existindo medidas específicas eficazes contra o vírus. O período de incubação no homem varia de 3 a 6 dias, após a picada do mosquito infectado, já no mosquito Aedes aegypti, o período é de aproximadamente 9 dias e ele se mantém infectado por toda a vida.

DESCRITORES: Febre amarela. Icterícia. Flavivírus.

[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

AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

ALDEIR DA SILVA CAVALCANTE[1]; PEDRO ARTHUR DANTAS FERREIRA[1]; RAYSSA ALMEIDA SAMPAIO[1]; CLÉLIA DE ALENCAR XAVIER MOTA[2]

A toxoplasmose é uma doença que tem como agente etiológico o protozoário Toxoplasma gondii. A transmissão ocorre pela ingestão de oocistos contendo esporozoítos em água e verduras contaminadas com fezes de gato ou pela ingestão de cistos contendo bradizoítos em carne crua ou mal cozida de animais infectados. Além disso, a transmissão da toxoplasmose ainda pode acontecer de forma transplacentária principalmente em situações de primo-infecção da gestante durante a gravidez ou ainda em casos de reativação de uma infecção prévia em gestantes imunodeprimidas. A infecção congênita ocorre quando os taquizoítos, uma das formas evolutivas do parasito, atingem a placenta chegando ao feto através da circulação sanguínea. Em indivíduos imunocompetentes a infecção é, geralmente, assintomática. Entretanto, no contexto da infecção congênita, o prognóstico fetal e do recém-nascido pode ser severo com elevada morbi-mortalidade. Com o aumento da idade gestacional, o risco de infecção no feto aumenta, mas a gravidade da doença diminui. Conceptos que adquirem a infecção no segundo e terceiro trimestres geralmente apresentam doença leve ou subclínica ao nascimento. Nos casos de infecção nos dois primeiros trimestres, as manifestações agudas intrauterinas da doença são caracterizadas por alterações viscerais no feto, tais como a hepatoesplenomegalia e linfadenopatia podendo levar à morte fetal ou aborto espontâneo. Quando a infecção transpõe para a fase crônica, geralmente no último trimestre, as principais manifestações encontradas são de caráter neurológico e oftalmológico, enquanto as alterações viscerais regridem. A principal síndrome observada no recém nascido com toxoplasmose ou nos seguintes anos de sua vida é a Tétrade de Sabin que compreende retinocorioidite com infiltrados inflamatórios e edema além de áreas de atrofia na coroide e na retina, calcificações cerebrais que aparecem na tomografia como manchas arredondadas, perturbações neurológicas (alterações psicomotoras, convulsões generalizadas, espasticidade, rigidez de nuca, etc.) e por fim, hidrocefalia ou microcefalia. Vale salientar que mulheres com toxoplasmose na fase crônica da infecção não são capazes de transmitir ao feto. Além disso, o diagnóstico precoce e o tratamento medicamentoso da infecção materna reduzem as chances de transmissão congênita.

DESCRITORES: Toxoplasmose. Aborto. Hidrocefalia.

[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 PAPEL DA IMUNIZAÇÃO NA PREVENÇÃO DA HEPATITE B

ALÍCIA TENÓRIO CAVALCANTE[1]; BÁRBARA LAVINHA FEITOSA DE BRITO[1]; LORENA AGRA DA CUNHA LIMA[1]; SARAH MOREIRA ANDRADE DE PAULA CAVALCANTI[1]; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA[2]

A hepatite B é uma infecção causada pela contaminação por um vírus hepatotrópico, vírus da hepatite B. A sua distribuição é de caráter global, sendo mais comum no sudeste Asiático, África central, Alasca e na Região amazônica. A profilaxia dessa infecção inclui deter o contato com sangue infectado e usar sempre preservativos nas relações sexuais, a fim de evitar a exposição percutânea ou de mucosas ao vírus. Além disso, a medida mais eficaz de previnir a infecção viral e suas consequências é por meio da vacinação. O objetivo do presente trabalho é identificar a relevância da imunização para prevenção da hepatite B, a fim de diminuir a incidência da doença. O trabalho em questão trata-se de uma breve pesquisa bibliográfica, realizados por alunos do 3º período de Medicina da FAMENE. Baseou-se em revisão de literatura a partir do banco de dados LILACS e SCIELO. A seleção dos artigos científicos foi realizada por critérios de inclusão, sendo estes: publicados entre os anos de 2000 à 2019, retratando o tema do trabalho. De acordo com os achados, existem dois tipos de imunizações para a hepatite B, a passiva, que consiste na pré-exposição à imunoglobulina da patologia, e a imunização ativa, que é a administração de solução com os antígenos recombinantes da hepatite B. As vacinas mais populares no Brasil são as produzidas por engenharia genética. Ela é apresentada isolada ou combinada com outros imunobiológicos e deve ser aplicada por via intramuscular. Os estudos indicam que as vacinas disponíveis pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, são seguras e conferem imunidade na maioria dos casos. Constata-se que a imunização utilizando as mais modernas vacinas recombinantes, representa a principal medida de prevenção conta o vírus da hepatite B. Em suma, infere-se que as importantes finalidades da vacinação incluem a minimização da transmissão viral, prevenção da forma aguda da doença, além de dificultar a evolução do quadro clínico para hepatopatia.

DESCRITORES: Hepatite B.Vacina.Imunização.

[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

CÂNCER DE PELE: CARCINOMA BASOCELULAR

ALINE COSTA DA NOBREGA BRITO[1]; ANA KARINE LIMA FERNANDES[1]; JOÃO SANTOS VERAS[1]; HOMERO PERAZZO BARBOSA[2]

O carcinoma basocelular, é o tipo de câncer de pele mais comum, constituindo cerca de 70% dos casos sendo o tipo menos agressivo. Tem esse nome devido ser um tumor constituído de células basais, comum da pele, em especial na região da face, onde se propaga de forma desordenada, dando origem ao tumor. É um tipo de câncer com bordas arredondadas e com presença de ulcerações. O carcinoma basocelular surge, geralmente, na superfície da pele exposta a luz solar , como a cabeça ou o pescoço sem o uso de qualquer proteção. Apresenta crescimento muito lento, que dificilmente invade outros tecidos causando metástase, mas, se o tratamento for negligenciado, pode atingir grandes dimensões e provocar serias deformidades, principalmente quando ulcerado. Embora esse tipo de câncer possa ser identificado pela aparência, os médicos geralmente fazem uma biópsia. Um dos tratamentos utilizado consiste , geralmente, a extração do tecido comprometido, que pode ser por muitos métodos diferentes, como por exemplo, curetagem e eletrodissecação que é a retirada da lesão por meio de raspagem e queimadura com agulha elétrica. Os médicos utilizam também quando necessário, a ressecção e a crio cirurgia, que se trata da utilização de frio extremo na região comprometida utilizando nitrogênio líquido, promovendo a destruição do tumor. Outros procedimentos utilizados são o uso do laser que utilizam luz altamente concentrada para cortar,queimar ou remover tecidos do corpo e a cirurgia de Mohs que consiste na remoção cirúrgica do câncer de pele, uma camada de cada vez, até restar apenas o tecido saudável.. No nosso estudo de caso relatamos o caso de um paciente apresentando carcinoma basocelular, lesão nodular não pigmentada, medindo 5mm de diâmetro, com bordos bem delimitados. Apresentando ulceração central recoberta por crosta, bordas cilíndricas, translúcidas, mostrando perláceas e telangiectasias. Foi solicitado exame anatomopatológico. Com base no laudo, o paciente foi informado que a doença é curável, desde que o tratamento fosse realizado corretamente e de preferência precocemente. Portanto, o tratamento escolhido foi por meio de excisão cirúrgica (removendo completamente a lesão). O paciente também deve evitar a fotoexposição das 9h às 16h. Usar roupas claras e leves, óculos de sol, chapéu de aba circular, filtro solar com fator superior a 20.

DESCRITORES: Carcinoma. Câncer. Ulcerações.

[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

TETRALOGIA DE FALLOT: UMA ABORDAGEM CLÍNICA

ALINE MACHADO DE OLIVEIRA[1]; MÁRIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR[1]; PEDRO MEDEIROS MAIA[1]; THALYA DA NÓBREGA MELO[1]; IARA MEDEIROS DE ARAUJO[2]

A Tetralogia de Fallot ocorre durante o desenvolvimento embrionário, onde ocorre uma anteriorização do septo infundibular, levando a um estreitamento do infundíbulo do ventrículo direito e consequente obstrução subvalvar pulmonar. Daí se forma uma comunicação interventricular de mau alinhamento, com acavalgamento da aorta sobre o septo e, como resultado desse processo, o desenvolvimento de hipertrofia ventricular direita. O fluxo pulmonar tende a ser menor, de acordo com o desvio, variando em diferentes graus e, por este motivo, o paciente vai se apresentar mais ou menos sintomático. O espectro clínico varia desde o recém- nascido (RN) cianótico e hipóxico, até o adulto livre de cianose e assintomático. Em 90% dos casos, há uma mutação em JAG1, o ligante para a sinalização NOTCH que regula as células da crista neural que formam o septo conotruncal (via de saída). Predispondo os pacientes a acidentes cerebrovasculares. Quando não tratada, a maioria dos pacientes morre ainda na infância, sendo, portanto, indicada a cirurgia corretiva o mais cedo possível, preferencialmente entre 18 e 24 meses de idade. Os sintomas variam de cianose peribucal; diaforese durante a alimentação ou crises de choro; baixo ganho ponderal, retardo no desenvolvimento psicomotor e maior debilidade física; se agacha para melhorar dispneia; hiperpneia e perda de consciência após esforços físicos; acrocianose; baqueteamento digital; saturação de oxigênio 73%; sopro mesosistólico expulsivo na região paraesternal superior direita; redução do elemento P2 e aumento de A2 na ausculta cardíaca; aumento da amplitude da onda P e desvio para direita do eixo elétrico do complexo QRS no ECG; aumento do ventrículo direito com elevação do ápice do coração, redução do calibre da artéria pulmonar e silhueta cardíaca em forma de bota na radiografia torácica. O diagnóstico pode ser feito por exames como a ecocardiografia com Doppler, o cateterismo cardíaco e a angiocardiografia, eletrocardiograma, exame físico com ausculta cardíaca e medição de saturação de oxigênio. O tratamento pode ser cirúrgico definitivo ou paliativo. O paliativo tem como objetivo aumentar a perfusão pulmonar, dirimir o quadro cianótico, elevar a saturação de oxigênio e estabilizar o paciente para uma futura correção cirúrgica definitiva. Por fim, outra técnica realizada é a esternotomia mediana, seguida de resseção do timo e pericardiotomia parcial, expondo-se apenas os vasos da base.

DESCRITORES: Tetralogia de Fallot. Dispneia. Oxigênio.

[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 FINASTERIDA NO TRATAMENTO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

ALISSON HENRIQUE DA SILVA SÁ[1]; ISRAEL DE LIMA RODRIGUES[1]; MARCUS CESAR BEZERRA FERRER E SILVA JUNIOR[1]; SYLAS DE OLIVEIRA LIRA[1]; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO DE AMORIM[2]

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é a neoplasia benigna mais comum no homem e caracteriza-se pelo crescimento da próstata, provocando aparecimento de sintomas urinários que geram impacto negativo na sua qualidade de vida. O envelhecimento é o principal fator de risco para desenvolvimento da HPB. Estima-se em 30% a chance de um homem, durante sua vida, necessitar tratar sintomas decorrentes da HPB e, aproximadamente 10% de ser submetido a tratamento cirúrgico. A finasterida pertencente a classe de medicamentos Inibidores da 5-alfa-redutase, atua na enzima 5-alfa-redutase, inibindo a produção de di-hidrotestosterona (DHT), podendo reduzir o tamanho da próstata em 20 a 30% e melhorar a taxa de fluxo urinário de 1,3 a 1,6 mL/seg. O objetivo do trabalho foi pesquisar os efeitos da finasterida no tratamento da HPB. Método: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir de dados eletrônicos do Google Acadêmico em busca de revisões sobre a Finasterida no tratamento da HPB. Resultado/Discussão: Uma meta-análise de 6 ensaios clínicos randomizados, mostrou que o volume prostático é um forte preditor do resultado do tratamento e que a finasterida foi mais efetiva em próstatas maiores que 40 ml. Estudos concluíram que a finasterida significativamente reduz a ocorrência de retenção urinária e a necessidade de tratamento cirúrgico nos pacientes com HBP. Outros estudos multicêntricos, placebo-controlados, em 4.222 homens, mostraram que pacientes com próstatas maiores e níveis elevados de PSA estão em risco aumentado para desenvolver retenção urinária e, dessa forma, apresentam maior benefício com o emprego da finasterida. Os efeitos colaterais são principalmente relacionados à função sexual. Segundo o estudo PLESS, os efeitos adversos relatados foram: diminuição da libido (6,4%), impotência (8,1%), diminuição do volume do ejaculado (3,7%) e, em menos de 1% dos pacientes, outros distúrbios, como rash cutâneo, ginecomastia e mastalgia. Conclusão: A finasterida mostra-se eficaz no tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVERBECK, M. A., BLAYA, R., SEBEN, R. R., LIMA, N. D., DENARDIN, D., FORNARI, A., RHODEN, E. L. . Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. Revista da AMRIGS, v. 54, n. 4, p. 471-477, 2010.

JÚNIOR, N. A., FILHO, M. Z., REIS, B. R. .Urologia fundamental. São Paulo, 2010.

DESCRITORES: Hiperplasia Prostática Benigna. Retenção Urinária. Finasterida.

[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 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA FEBRE REUMÁTICA NO BRASIL

ALYXANDRE SILVA DE ANDRADE[1]; DANIEL GUIMARÃES CABRAL[1]; JOÃO DE ARAÚJO PESOA NETO[1]; SUÊNIA MELO GOMES DE FREITAS[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A febre reumática é uma doença inflamatória ocasionada por infecções e geralmente acomete cerca de 3% dos pacientes com faringite por estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBGA), após um tempo de latência entre 2 a 3 semanas (GOLDENZON; RODRIGUES; DINIZ, 2016). Essa doença é causada pelo efeito colateral a resposta imunológica tardia a infecção, em pessoas com predisposições genéticas. Ademais, acomete especialmente crianças e adultos jovens, atingindo os tecidos conjuntivos dos órgãos e sistemas, podendo afetar o coração, articulações, vasos e sistema nervoso central. Quando não tratada precocemente, a febre reumática pode provocar graves sequelas, com custos exorbitantes a saúde pública (GOLDENZON; RODRIGUES; DINIZ, 2016). No Brasil, possui aproximadamente 30.000 casos de febre reumática aguda (FRA) por ano, cerca de um terço das cirurgias cardiovasculares realizadas no país deve-se às sequelas da doença reumática cardíaca (DRC), corroborando a importância do estudo e aprofundamento dessa patologia (BRASIL, 2019). Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico da febre reumática na população brasileira. Metodologia: Trata-se de uma revisão da literatura realizada nos banco de dados DataSUS. Resultado e Discussão: De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem aproximadamente 30.000 casos de febre reumática aguda (FRA), mas pode variar de acordo com a região geográfica. É necessário a criação de ferramentas, como a construção de um banco de registro nacional da febre reumática, envolvendo a participação da rede básica e das redes de média e alta complexidade, a fim de traçar um perfil epidemiológico desta patologia. Conclusão: Sendo a febre reumática uma patologia de grande importância para a saúde pública visto que sua incidência é alta, seu tratamento preventivo tem baixo custo comparado ao tratamento da doença na fase crônica e das complicações que são muitas vezes incapacitantes, onde a terapêutica dessas são de alta complexidade e alto custo para o sistema de saúde. Entretanto, no Brasil a incidência continua sendo alta estando longe de alcançar um patamar tolerável, a diminuição da incidência da febre reumática está ligada ao nível socioeconômico contido na região. A inexistência de um programa de âmbito nacional contribuiu para que a FR mantivesse taxas de prevalência ainda bastante elevadas. Para promover um programa com este perfil espera-se a criação de ações multissetoriais.

DESCRITORES: Autoimune. Epidemiologia. Febre reumática

[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 DESAFIOS DA FEBRE AMARELA NO SÉCULO XXI

AMANDA SUASSUNA CORTEZ DOS SANTOS[1]; ANTÔNIO HELENO DE BRITO NETO[1]; INNARA NATALIE DE DEUS SILVA[1]; JULIANA FURTADO SOARES MADRUGA[1]; MARIA ALINETE MOREIRA DE MENEZES[2]

A Febre Amarela, doença de origem infecciosa, tipo aguda, transmitida por vetores artrópodes e causada por vírus do gênero Flavivírus, ocasionou grande número de mortes entre o século XVIII e XX. Possui gravidade variável, podendo ser fatal, por acarretar insuficiência hepática e renal. Trata-se de doença endêmica no Brasil, mais precisamente na região amazônica, de característica sazonal, com maior parte dos casos registrados entre os meses de maio e dezembro. O vírus se perpetua por transmissão entre primatas não humanos, principalmente do gênero Haemagogus, Sabethes e Aedes. O período incubatório da doença varia entre 3 e 6 dias, podendo ser de até 10 a 15 dias. O espectro clínico varia de formas assintomáticas até os quadros graves e fatais, como quadro típico apresenta evolução bifásica, período de infecção e intoxicação, de início brusco, febre alta e pulso lento em relação à temperatura (sinal de Faget), calafrios, cefaléia, mialgias, prostração, náusea e vômitos. O diagnóstico é clínico, epidemiológico e laboratorial por isolamento do vírus, com amostras de sangue ou de tecido hepático, com detecção de antígeno em tecido (imunofluorescência e imunoperoxidase) ou por sorologia. Não há tratamento específico, apenas por meio do uso de fluidos, focando-se no controle dos sintomas e na limitação das complicações, também deve ser realizado o encaminhamento para notificação compulsória do caso nas Secretarias competentes. A vacinação (17DD) é a mais importante medida de controle, administra-se em dose única e confere proteção próxima a 100%. Deve ser realizada a partir dos 9 meses de idade, com reforço a cada 10 anos, nas zonas endêmicas, de transcrição e de risco potencial, assim como, para todas as pessoas que se deslocam para áreas de risco. Em situações de surto ou epidemia, vacinar a partir dos 6 meses de idade. Portanto, Os grandes desafios que se apresentam aos profissionais de saúde durante um surto de febre amarela silvestre são: oferecer assistência hospitalar de alta complexidade aos pacientes graves, vacinar, em curto espaço de tempo grande número de pessoas não vacinadas nos locais de ocorrência da doença e controlar assim a infecção, evitando a expansão para áreas urbanas, em áreas infestadas por mosquitos do gênero Aedes e com baixa cobertura para a vacina da febre amarela ou baixa homogeneidade de cobertura vacinal. No aspecto metodológico foi realizada uma revisão na literatura a partir da análise de artigos científicos, sites e livros que abordam o tema.

DESCRITORES: Febre Amarela, Tratamento, Vacinação

[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 DESAFIOS DA FEBRE AMARELA NO SÉCULO XXI

AMANDA SUASSUNA CORTEZ DOS SANTOS[1]; ANTÔNIO HELENO DE BRITO NETO[1]; INNARA NATALIE DE DEUS SILVA[1]; JULIANA FURTADO SOARES MADRUGA[1]; MARIA ALINETE MOREIRA DE MENEZES[2]

A febre amarela é uma doença de origem infecciosa, tipo aguda, transmitida por vetores artrópodes e causada pelo vírus do gênero flavivírus. A mesma possui gravidade variável, podendo ser fatal, por acarretar insuficiência hepática e renal. A metodologia trata-se de uma revisão de literatura indexada em 2020 por acadêmicos do 3º período de medicina da FAMENE nos bancos de dados Scielo, livros e documentos que discorrem sobre o tema trabalhado. O vírus se perpetua por transmissão entre primatas não humanos, principalmente do gênero Haemagogus, Sabethes e Aedes.Todavia, os grandes desafios da febre amarela no século XXI, que se apresentam aos profissionais de saúde durante um surto são: oferecer assistência hospitalar de alta complexidade aos pacientes graves, vacinar, em curto espaço de tempo grande número de pessoas não vacinadas nos locais de ocorrência da doença e controlar assim a infecção, evitando a expansão para áreas urbanas, em áreas infestadas por mosquitos do gênero Aedes e com baixa cobertura para a vacina da febre amarela ou baixa homogeneidade de cobertura vacinal. O período incubatório da doença varia de 3 a 6 dias, podendo ser de 10 a 15 dias. O espectro clínico varia de formas assintomáticas até os quadros graves e fatais. O diagnóstico é clínico, epidemiológico e laboratorial por isolamento do vírus, com amostras de sangue ou de tecido hepático, com detecção de antígeno em tecido (imunoflurescência e imunoperoxidase) ou por sorologia. Não há tratamento específico, apenas por meio do uso de fluidos, focando-se no controle dos sintomas e nas limitações de possíveis complicações. É necessário realizar a notificação compulsória do caso nas secretarias competentes. Como forma de prevenção é realizada a vacinação a partir dos 9 meses de idade, com reforço a cada 10 anos. Desse modo, conclui-se que a febre amarela é uma doença endêmica, transmitida pelo Aedes e tem uma alta complexidade. A mesma tem uma evolução bifásica, de início brusco e se não controlada através da vacina pode causar muitos prejuízos para a saúde da população.

DESCRITORES: Febre Amarela. Tratamento. Vacinação

[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

ANA BEATRIZ DANTAS DE ALMEIDA [1]; MARIA EDUARDA RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA [1]; MARIA LUIZA TEIXEIRA DE CARVALHO ROQUE [1]; MARINA ATAÍDE MONTENEGRO [1]; LUZIA SANDRA [2]

A doença de Chagas é uma doença infecciosa provocada pelo protozoário flagelado Trypanossoma Cruzi, que acomete principalmente regiões com pouco saneamento básico, permitindo a estadia do mosquito “barbeiro”, e regiões mais silvestres, sendo muito comum na América Latina. É uma antropozoonose, ou seja, mais natural dos animais, mas que pode ser transmitida para o homem. O protozoário foi descoberto em 1909 por um médico chamado Carlos Chagas, que trabalhava junto com Oswaldo Cruz, por isso o “cruzi” para caracterizar o microrganismo. A doença pode ser transmitida por via vetorial (penetração de fezes do inseto barbeiro contaminadas com o protozoário no homem no momento do hematofagismo), sanguínea (tripomastigota sanguínea, ocorrendo muito nas transfusões sanguíneas), congênita, oral, transplante de órgãos e via sexual. Essa doença consiste em 2 possíveis fases: aguda e crônica. A fase aguda é caracterizada por sua alta parasitemia que pode levar à uma resposta inflamatória com exsudato rico em leucócitos, e sua duração é menor que 3 meses, enquanto a crônica, possui baixa parasitemia, duração bem maior e pode haver participação de um mecanismo autoimune, aumentando a inflamação. Sua sintomatologia na fase aguda consiste principalmente em manifestações locais (chagoma de inoculação e sinal de romana) e gerais (febre, edema, hepatoesplenomegalia). Na fase crônica, percebe-se frequentemente alterações cardíacas graves e alterações no trato gastrointestinal. O diagnóstico não pode ser comprovado a partir das manifestações clínicas, sendo necessário o laboratorial com exames parasitológicos de pesquisa, como esfregaço, métodos de concentração, cultura, xenodiagnóstico, e exames sorológicos como ELISA e imunofluorescência. O tratamento da Doença de Chagas é mais indicado na forma aguda, devido às maiores chances de sucesso terapêutico, e é feito com benzonidazol e nifurtimox, podendo provocar muitos efeitos colaterais. Para evitar a contaminação, é importante melhorar a qualidade de vida da população nos locais endêmicos, combater o inseto vetor, e fazer maior fiscalização no momento da doação de sangue e na higienização dos alimentos.

DESCRITORES: barbeiro. hepatoesplenomegalia. Trypanossoma Cruzi

[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 POTENCIAL DA CANNABIS SATIVA PARA A REDUÇÃO DE SINTOMAS NEURODEGENERATIVOS EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA CARVALHO[1]; ANNE LOUISE AMORIM CAMPOS[1]; DAISY MARIA VICENTE SALES[1]; LETHICIA DE OLIVEIRA CARVALHO[1]; VINICIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

O uso de Cannabis no tratamento de diversas doenças neurológicas é um assunto muito polêmico que vem sendo discutido no meio científico e leigo com maior recorrência a cada ano no Brasil e no mundo, sendo que no no país supracitado, seu uso foi liberado pela ANVISA em 2017. Assim sendo, este estudo tem como objetivo descrever os benefícios da utilização de compostos derivados da Cannabis sativa - como canabinoides e canabidiol - no tratamento da EM, especialmente para melhorar a espasticidade e dor neuropática, por meio de uma revisão bibliográfica do tema. Foram pesquisadas publicações nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico com os seguintes termos: esclerose múltipla e cannabis; e tratamentos alternativos para esclerose múltipla. Nessa perspectiva, a esclerose múltipla é uma doença autoimune neurológica considerada crônica, de cunho inflamatório e neurodegenerativo, caracterizada por danos nas fibras nervosas do cérebro e da coluna vertebral. Por se tratar de uma condição autoimune, é o próprio sistema imunológico do paciente que ataca e degenera as fibras nervosas (desmielinização) provocando a formação de um tecido cicatricial endurecido na área da lesão, reduzindo a capacidade motora e cognitiva do indivíduo progressiva ou rapidamente. Na busca por outros tratamentos eficazes na redução das condições incapacitantes geradas pelo avanços da EM – para além dos tratamentos tradicionais com corticoides, imunossupressores e imunomoduladores - iniciou-se o teste em ratos e humanos com medicamentos à base de Cannabis, como Sativex ® e Mevatyl ®, obtendo-se resultados como redução de espasmos e fraqueza musculares, em alguns casos de dor neuropática devido a sua ação sedativa no sistema nervoso central. O mecanismo de ação é observado por meio da ativação de receptores cerebrais, que auxiliam na redução desses sintomas. O avanço da EM depende do tipo da doença, que pode se manifestar de formas diferentes nos pacientes, sendo elas: Esclerose Múltipla Remitente Recorrente, Esclerose Múltipla Primária Progressiva, Esclerose Múltipla Secundária Progressiva e Esclerose Múltipla Progressivo-Recorrente, cabendo à equipe médica recomendar o tratamento mais adequado para cada tipo e fase da doença. Vale ressaltar que esse tipo de tratamento normalmente é indicado, segundo os artigos, para pacientes nas fases muito avançadas da doença, na qual já não se obtém resultados positivos com a terapia tradicional, pois além de não ser de eficácia comprovada na maioria dos pacientes, pode trazer fortes efeitos colaterais.

DESCRITORES: Esclerose múltipla. Cannabis sativa. sintomas degenerativos.

[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 FOTOTERÁPICO PARA PORTADOR DE CARCINOMA BASOCELULAR

ANA BEATRIZ MAFRA DE OLIVEIRA[1]; ANA VITÓRIA DA ROCHA LIMA[1]; LAURA QUEIROGA DE SÁ GADELHA[1]; MILLEYSE MARIA GOMES LACERDA ANDRADE[1]; DEIVID ALMEIDA DA COSTA[2]

A terapia fotodinâmica (TFD) é uma reação química onde uma luz especializada é utilizada para destruição seletiva de um grupo celular. Sob esse viés, esse procedimento é preferível por vários profissionais, haja vista sua praticidade e os benefícios evidentes já comprovados para o paciente, caso seja manuseado adequadamente. Assim, este trabalho é uma revisão de literatura com o objetivo de descrever o tratamento fototerápico e expor as consequências desse procedimento. Nesse panorama, foram utilizadas informações extraídas de bases de dados internacionais, como a Scientific Electronic Library Online – SciELO, e a Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, com o emprego de palavras-chave relacionadas à laser, carcinoma e seus efeitos adversos. Diante disso, esse tratamento é efetuado com aplicações de laser à baixa potência que aumentam a microcirculação local e restabelece a produção da energia celular, promovendo a cicatrização, ação anti-inflamatória e analgésica no local em que foi aplicado. É evidente que ainda não é comprovável a eficácia dessa prática para câncer do tipo carcinoma em comparação aos outros tratamentos farmacológicos e cirúrgicos, além de possuir um benefício econômico. Tal procedimento tem um valor inferior em comparação às outras opções, tornando o tratamento mais acessível. Entretanto, muitos profissionais tratam-na como primeira opção devido à capacidade de controle da penetração da luz e em alguns casos de espessura ínfima do tumor. Por isso, vários autores enfatizam que as principais vantagens da TFD no tratamento de neoplasias malignas não melanoma são o significante encurtamento do tempo de recuperação, o excelente resultado cosmético, a alta taxa de cura e a taxa de recorrência semelhante às relatadas com métodos alternativos à cirurgia. Ademais, convém ressalvar que as diretrizes propostas no consenso internacional sobre o uso de TFD para tratamento do câncer de pele não melanoma, apontam-na como um método eficaz para o tratamento do CBC, principalmente para múltiplas lesões ou de grande diâmetro. Embora a laserterapia tenha seu uso mais conhecido para cânceres não melanócitos, também é bastante recomendado para carcinomas de esôfago, bexiga, laringe e faringe. Ademais, pelo fato de ser uma técnica nova, é bastante pesquisada, tendo resultados impressionantes. Em um estudo realizado com 63 pacientes com câncer de pele, 79% tiveram seus tumores eliminados; contudo a cura total depende do estágio da doença. Na fase inicial as chances da eliminação total da lesão são maiores. Nos casos em que a eliminação do tumor não foi completa, ouve uma redução de 50% na lesão.

DESCRITORES: Tratamento Fototerápico, Carcinoma Basocelular, Laser.

[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:

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS

ANA CAROLINA BARBOSA DE SOUSA LEITE[1]; EDUARDO HENRIQUE DE ARAÚJO LINO JÚNIOR[1]; HENRIQUE SANTOS TENTI[1]; LAYSE MARIA DE ALMEIDA BEZERRA[1]; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA[2]

A doença de chagas é uma patologia infecciosa cujo agente etiológico é o Trypanosoma cruzi na forma tripomastigota metacíclica encontrada nas fezes do inseto vetor da família Triatominae. A infecção chagásica apresenta-se em duas fases: aguda ou assintomática e crônica ou sintomática, geralmente acomete indivíduos que residem em ambientes rurais, onde as condições habitacionais são rústicas, a exemplo as casas de sapê, onde não é fomentado os cuidados preventivos, quanto a aplicação de inseticidas e utilização de telas nas janelas e portas. Objetivo: O estudo tem como objetivo abordar os aspectos fisiopatológicos que ocorrem na doença de chagas e as perspectivas terapêuticas. 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. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Libray Online, das plataformas Scielo e BVS. Foram utilizados os descritores: doença de Chagas, Trypanosoma cruzi, parasitemia. Resultados: A transmissão vetorial tem suas causas ligadas a um contexto multidimensional que considera fatores biológicos, ecológicos, culturais, políticos e socioeconômicos, o indivíduo contrairá a infecção parasitária por meio do contato com as fezes dos triatomíneos infectados; há outras vias de contaminação, tais como a oral, por transfusão sanguínea, transplantes, acidental e congênita. O quadro clínico na fase aguda, consta de indivíduos assintomáticos aos que apresentam sintomas como: náuseas, diminuição da força física, febre prolongada, dor na cabeça, inchaço e rubor na região do rosto e pernas. A fase crônica é sugestiva de febre persistente, adenomegalia, hepatoesplenomegalia, conjuntivite unilateral (sinal de Romaña), miocardite e meningoencefalite. O tratamento consiste em Benzonidazol, onde é preciso cautela para a administração em mulheres em estágio gestacional. Considerações finais: Os resultados mostram que, pacientes que apresentam uma resposta imunológica adequada, as lesões são reversíveis, no entanto, a doença de chagas é silenciosa e fatal. Para análise diagnóstica, são utilizados, exames de sorologia, dentre os quais o ELISA, exame de imunofluorescência e a hemaglutinação indireta, para pesquisa de IgM e IgG; os exames laboratoriais como xenodiagnóstico indireto e microhematócrito, são importantes para pesquisa etiológica, através da coleta de sangue.

DESCRITORES: Doença de Chagas. Trypanosoma cruzi. Parasitemia.

[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

CARCINOMA BASOCELULAR: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO

ANA CAROLINA DE FRANÇA GONDIM[1]; ANA PAULA DE FREITAS ARAÚJO[1]; REBECA MEDEIROS DE OLIVEIRA[1]; DEIVID ALMEIDA DA COSTA[2]

O carcinoma basocelular é o tipo de câncer de pele mais comum, correspondendo entre 70% e 75% dos casos, sendo mais frequente em pessoas de pele clara. Sua grande frequência gera significativo encargo ao sistema de saúde, configurando problema de saúde pública. Apesar da sua baixa mortalidade e de raros casos de metástase, o mesmo pode apresentar uma ocorrência de comportamento invasivo local e recidivas após o tratamento, provocando importante morbidade. O mesmo manifesta-se como uma pápula ou nódulo superficial de crescimento lento podendo ulcerar. Esse tipo de câncer costuma aparecer em partes do corpo mais exposta à luz solar, como rosto e pescoço. A exposição à radiação ultravioleta representa o principal fato de risco associado ao carcinoma basocelular. Contudo, descrevem-se outros fatores de risco: fotótipos claros, idade avançada, história familiar de carcinoma de pele, olhos e cabelos claros, sardas na infância e imunossupressão. Este trabalho tem como objetivo demonstrar como é feito o seu diagnóstico, as possíveis formas de tratamentos, como também as maneiras de prevenção. Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas plataformas de busca Scientific Eletronic Library Online- Scielo, como também o Google Acadêmico e a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, além do emprego de palavras-chave relacionadas à pele, carcinoma basocelular e tratamento catalogados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O diagnóstico do carcinoma basocelular é feito através de exame clínico a ser realizado por um dermatologista através da observação por um dermatoscópio e, posteriormente, a coleta de um pequeno fragmento para análise, através da biópsia. Uma vez diagnosticado, a decisão do tratamento leva em conta alguns fatores tumorais, como, tamanho, localização, natureza e invasões de estruturas. O tratamento, portanto, envolve remoção cirúrgica, criocirurgia com nitrogênio líquido, curetagem e eletrocoagulação, aplicação de umiquimod tópico à 5%, terapia fotodinâmica ou radioterapia a depender da gravidade da lesão, após a biopsia. A prevenção envolve cuidados com a exposição solar, evitando, portanto, o sol entre 10 horas às 15 horas, o uso de protetores solar acima do fator (FPS) 20, com sua devida reaplicação após 3 horas de exposição solar, uso de bonés, chapéus, óculos escuros, roupas com fatores de proteção solar, como forma de barreira protetora contra a incidência de raios solares.

DESCRITORES: Pele. Carcinoma basocelular. 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

RUBÉOLA NA GRAVIDEZ PODE PROPICIAR A TRETALOGIA DE FALLOT

ANA CAROLINA PISSINATI GOMES[1]; IOHANNA CAMILO PEREIRA DE AGUIAR[1]; MARIA VITÓRIA BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS[1]; VALÉRIA FERREIRA RODRIGUES CHAVES[1]; VINICIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

A rubéola é uma doença infecciosa causada pelo vírus Rubivírus que geralmente acomete o indivíduo na fase da infância, mas também ocorre na fase adulta. Desse modo, essa patologia pode ser transmitida por secreções, como na saliva ou contato íntimo. Assim, sendo adquirida na gravidez pode ocasionar grandes consequências como a malformação do bebê e problemas cardíacos, sendo importante enfatizar a tetralogia de fallot. O quadro clinico é característico como dores de cabeça, muscular, febre até 38º C, tosse com catarro, dores nas articulações, gânglios inchadas e pequenas manchas vermelhas no rosto que depois se espalham por todo o corpo durante 3 dias. OBJETIVO: Descrever a rubéola na gravidez e explicar como essa patologia pode causar malformações congênitas no coração. METODOLOGIA: Como instrumentos utilizado para fazer a pesquisa, foi consultado bases de dados do Scielo e Secretaria de Saúde. RESULTADOS: A Tetralogia de Fallot é uma patologia congênita considerada a mais comum das más formações cardíacas cianóticas, onde o sangue que circula pelo corpo não tem oxigênio suficiente, o que causa a cianose, coloração azul-arroxeada. A fisiopatologia depende do grau de obstrução do fluxo de saída do VD. Obstrução leve pode produzir derivação da esquerda para direita através do DSV; uma obstrução grave ocasiona derivação contrária, acarretando saturação arterial sistêmica baixa, que não responde à suplementação com O2. Algumas condições durante a gravidez aumentam o risco da doença, como a Rubéola, por ser desenvolvida no feto durante a formação do coração que ocorre até a oitava semana. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É de grande importância a prevenção através da vacina que está disponível nos postos de saúde para crianças a partir de 12 meses de idade, pois não há tratamento específico para a rubéola. Os sinais e sintomas apresentados devem ser tratados de acordo com a sintomatologia e particularidade de cada caso.

DESCRITORES: Rubéola na gravidez. Malformações. Tretalogia de Fallot

[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: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA FLÁVIA SANTOS LEITE[1]; BÁRBARA KARINE DO NASCIMENTO FREITAS[1]; ELIEL LEITE FÉLIX MONTEIRO[1]; LUCAS GABRIEL FREITAS DO NASCIMENTO[1]; RAISSA MARIA DUARTE QUEIROZ DE SOUZA[1]; MARCOS ANTONIO ALVES DE MEDEIROS[2]

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença prevenível e tratável ocasionada pela exposição ao tabagismo e gases tóxicos. A sua característica é a obstrução progressiva ao fluxo aéreo de irreversível depois de ocorrerem as lesões no parênquima. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho é compreender a patologia, procurando quais são as assistências de qualidade, ajudando com intervenções direcionadas e possibilitando a sistematização da assistência, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Realizou-se uma revisão de literatura dos últimos 5 anos nas bases de dados das plataformas: LILACS, MEDLINE e SciELO, usando os descritores e suas associações: “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”; “Espirometria” e “Tabagismo”. A exacerbação da DPOC é um evento agudo que ocorre no curso natural da doença. É caracterizada pela dispneia basal do paciente, tosse e/ou alterações na expectoração e mudanças além das alterações diárias normais, que podem ser uma alteração razoável na medicação comum do paciente. Além disso, sabe-se que o processo inflamatório crônico pode produzir alterações dos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquiolite obstrutiva) e parênquima pulmonar (enfisema pulmonar). Ademais, a predominância destas alterações é variável em cada indivíduo, tendo relação com os sintomas apresentados. Vale ressaltar que apresenta alta morbimortalidade, pois segundo pesquisas, DPOC é a terceira doença mais fatal do mundo. O tabagismo é a maior causa de DPOC e leva a não só uma diminuição da oxigenação por hiperinsuflação pulmonar com redução do fluxo aéreo como a um processo inflamatório sistêmico, reduzindo a resistência à fadiga da musculatura esquelética produzindo hipoxemia, diminuição do fluxo sanguíneo periférico, levando inclusive a abortos espontâneos e partos prematuros. A prevalência da doença pulmonar obstrutiva crônica é elevada e está associada ao uso do tabaco e idade acima de 60 anos. Os problemas de saúde frequentes e redução da atividade física no tempo livre podem ser considerados consequências dessa doença. O tratamento da DPOC vem se tornando cada vez mais eficaz. Medidas que envolvem desde mudanças comportamentais, redução de exposições a fatores de risco, educação sobre a doença e seu curso, reabilitação, oxigenoterapia, manejo de comorbidades, tratamentos cirúrgicos e farmacológicos até os cuidados de fim de vida permitem ao profissional oferecer uma terapêutica personalizada e efetiva.

DESCRITORES: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Bronquite crônica. Tabagismo.

[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 IMPORTÂNCIA DA PCR NOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

ANA JÚLIA ASSIS GOMES[1]; GABRIELA CAVALCANTI CUNHA OLIVEIRA[1]; MARIA EDUARDA CORREIA DA SILVA[1]; THAÍS FÉLIX DE SOUZA[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A Proteína C Reativa (PCR) produzida no fígado, é uma proteína de fase aguda cuja concentração sérica aumenta ou diminui pelo menos 25% durante estados inflamatórios. Além de ser também um diferencial para o diagnóstico de doenças infecciosas, de neoplasias, de doenças reumáticas, de traumatismos e da predisposição para doenças cardiovasculares, ela também é capaz de indicar a rejeição de um transplante de órgão através de um hemograma comum, visualizando o seu nível normal de até 3,0 mg/L (nível de referência para ambos os sexos). Logo, quanto maior a alteração, maior a gravidade da infecção ou inflamação, podendo indicar uma infecção generalizada. Objetivo: O estudo tem como objetivo demonstrar a importância da proteína C reativa (PCR) nos transplantes de órgãos. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura realizada por meio de artigos científicos obtidos nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (Scielo), PUBMED, bem como consultas a livros que abordam o tema. Resultado: Quando se trata do exame com finalidade de indicar a chance de doenças cardiovasculares é o PCR Ultra Sensível (PCR-us) que detecta quantidades mínimas dessa proteína no sangue e seus níveis se dividem em: alto risco, acima de 3,0 mg/L, médio risco, entre 1,0 e 3,0 mg/L e baixo risco, menor que 1,0 mg/L. De acordo com American Heart Association, o teste de PCR-us é útil para pessoas que têm 5 a 10% de chance de ter um ataque cardíaco nos próximos 10 anos, que é baseada em escolhas de estilo de vida, histórico familiar e estado de saúde atual. Não existem contraindicações ao exame PCR, uma vez que para realização do exame é necessária uma coleta de sangue. Conclusão: O exame PCR é um forte aliado da medicina diagnóstica, não apenas para detectar infecções ou inflamações, mas também para identificar patologias de grandes dimensões e com fortes agravamentos, como doenças cardiovasculares e risco de rejeição em transplantes de órgãos.

DESCRITORES: Palavras-chave: Proteína. Rejeição. Transplante

[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

COLECISTITE AGUDA

ANA JÚLIA DE LIMA PEREIRA[1]; MARIA ALICE OLIVEIRA MAGALHÃES TEIXEIRA [1]; MARIA CLARA LUDGÉRIO [1]; MARIA ELIZA SOARES GADELHA DE OLIVEIRA [1]; PEDRO VINÍCIUS IDALINO NUNES[1]; ISABELA [2]

A colecistite aguda é a inflamação da vesícula biliar, causada por uma obstrução na região infundíbulo-colocística provocada, na maioria das vezes, por um cálculo. Esse costuma ser originado quando a bile não dissolve todo o colesterol excretado pelo fígado, transformando o resíduo em cristais. Seu sintoma inicial consiste em cólica no hipocôndrio direito irradiando para epigástrio, o dorso e a escápula direita e em caso de complicação podem atingir difusamente o abdômen. Esse incômodo é agravado pela ingestão de alimentos colecisto cinéticos-aqueles ricos em gorduras. No exame físico, uma das principais condutas é observar

se há ou não o sinal Murphy positivo, que seria a inspiração profunda exacerba a dor durante a palpação do hipocôndrio direito, interrompendo a inspiração. Devido aos fenômenos vasculares e inflamatórios da doença, a cólica logo é substituída por um padrão de dor contínua, podendo ser associadas a náusea e vômito, todavia, não ocorrem grandes alterações hemodinâmicas ou do estado geral do paciente. O tratamento mais adequado é a internação hospitalar com reposição volêmica intravenosa e analgesia, como um anti-inflamatório não esteroide (AINE) ou opióides. Institui-se passagem de sonda nasogástrica e aspiração gástrica,

se houver vômitos intensos. Com o quadro estabilizado, o próximo passo é uma intervenção cirúrgica, mais indicada pelo método de laparoscopia. O procedimento é iniciado no grampeamento da artéria cística para evitar rompimento, e do tubo colédoco. Após esse ato, inicia-se a dissecção da vesícula por meio de um bisturí elétrico. Em seguida, o órgão é removido por um dos orifícios feitos para a realização cirúrgica. O método permite uma recuperação fácil e rápida do doente e é mais adequado por ser o menos invasivo, a laparotomia só deve ser indicada em situações de emergência ou quando o sistema não realiza cirurgias por vídeo. É válido ressaltar que, para pacientes de alto risco com doenças crônicas graves, a colecistectomia deve ser adiada até que as condições clínicas melhorem.

DESCRITORES: A colecistite aguda é a inflamação da vesícula biliar, causada por uma obstrução na região infundíbulo-colocística provocada, na maioria das vezes, por um cálculo. Esse costuma ser originado quando a bile não dissolve todo o colesterol excretado pelo fíga

[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

TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA TETRALOGIA DE FALLOT

ANA NICOLE FERNANDES DE CARVALHO[1]; JOÃO VÍTOR FREIRE PAIVA WINKELER[1]; LUCAS DE TOLEDO BRANDÃO[1]; PEDRO HENRIQUE FERNANDES DE PAIVA[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A Tetralogia de Fallot, é uma doença congênita rara, que pode acarretar inúmeras complicações, desde as mais frequentes como cianose e hiperpneia paroxística até convulsões e a morte, decorrentes dos quatros pilares que a formam, sendo eles a estenose da valva pulmonar, a hipertrofia ventricular direita, o defeito septal interventricular e a dextroposição da aorta. O diagnóstico diferencial e a posterior intervenção cirúrgica configuram-se imprescindíveis para a manutenção da vida do paciente, com o mínimo de sequelas possíveis. Após o correto diagnóstico, as opções que seguem para o tratamento baseiam-se nas cirurgias temporárias ou permanentes. Objetivo: Esclarecer sobre a intervenção cirúrgica na Tetralogia de Fallot e suas consequências. Metodologia: Trata-se de uma revisão da literatura realizada nos bancos de dados SCIELO e PUBMED. Resultados e discussão: Primordialmente, a intenção dos médicos é sempre realizar a intervenção de forma definitiva, sendo o método mais comum o de reparação intracardíaca. Esse método busca corrigir anatomicamente as alterações encontradas no coração, visando a melhora da circulação sanguínea e, consequentemente, aliviando os sintomas. Entretanto, no caso de pacientes recém-nascidos ou debilitados, faz-se uso de uma cirurgia paliativa, a fim de não expô-los a uma cirurgia de grande porte. A técnica cirúrgica paliativa mais tradicional é a de Blalock-Taussig, que consiste em uma anastomose término-lateral entre a artéria subclávia direita e artéria pulmonar direita, visando a aumentar o fluxo sanguíneo pulmonar, enviando, desse modo, mais sangue oxigenado para o átrio esquerdo através das veias pulmonares, e assim para o ventrículo esquerdo para assim assumir a circulação sistêmica pós-passagem da válvula aórtica. É pertinente ressaltar outro método cirúrgico paliativo, o de Blalock-Taussig modificado, que se configura mais moderno e equivale-se a interposição de um enxerto sintético entre as artérias subclávia e tronco pulmonar, tendo como vantagem da técnica de BT tradicional a preservação da circulação distal da artéria subclávia. A incisão transversal é uma opção a ser empregada quando a anatomia superficial e as imagens pré-operatórias apontarem que o anel e a valva pulmonar possuem diâmetro adequado e a preservação é possível, sendo a vantagem desta abordagem a conservação do suprimento sanguíneo coronariano para o ventrículo direito, havendo vantagem na hemodinâmica final. Conclusão: Os métodos cirúrgicos existentes se mostram eficazes e, quando realizados de maneira precoce, conseguem salvar o indivíduo e deixá-lo com uma boa qualidade de vida.

DESCRITORES: Tetralogia de Fallot. Cirurgia Cardiovascular. Coração

[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

FEBRE AMARELA E SUAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

ANA VIRGINIA DE MELO COELHO[1]; PEDRO HENRIQUE SÁ LIRA BRAGA REGIS DE ARAUJO[1]; WLLIANE SILVA SOARES[1]; YOLANDA RÉGIS BRASILEIRO NETA[1]; HERMAN FERREIRA COSTA[2]

A febre amarela (FA) é uma doença viral infecciosa não contagiosa, sendo causada por um arbovírus, que apresenta surtos endêmicos em determinadas regiões da América do Sul e da África. No Brasil, considera-se regiões endêmicas o norte e centro-oeste do país, possuindo um ciclo silvestre e um ciclo urbano. O vetor silvestre são os mosquitos de gênero Haemagogus e Sabethes, cujo ciclo se fecha com o macaco, já o vetor urbano é o mosquito Aedes Aegypti, no qual, o ciclo fecha-se com o humano. Na década de 1930, observou-se no Brasil os primeiros descritos de FA, que acredita-se ter sido originada na África, assim o vírus se perpetuou até os dias atuais, mas a partir de 2014 registrou-se crescentes números de infecção pelo vírus causador dessa enfermidade, sendo nos anos de 2016/2017 e 2017/2018 os maiores números já registrados desde 1930, chegando a 2,1 mil casos de infecção e 700 óbitos. Assim, essa doença pode ser manifestada em graus mais leves ou mais graves, de modo que nos casos leves os indivíduos apresentam sinais e sintomas de cefaleia, febre, mialgia, calafrios, cançaso e vômito. Já nos casos mais graves, observa-se letalidade de 30% a 70%, isso devido a complicações hepáticas, renal, cardíacas e no sistema imune. O diagnóstico é realizado através de anamnese, exame físico, hemograma, teste sorológico realizado por ELISA, entre outros. A febre amarela pode ser prevenida através da profilaxia com recipientes de água parada, mas tambem através da vacinação, quando o individuo viaja para determinada região endêmica, ou quando já nasce em locais de risco, sendo aconselhado pelo Ministério da Saúde a tomar a primeira dose aos 9 meses de idade e a segunda dose aos 4 anos de idade. O tratamento consiste em aliviar os sintomas com administração de analgésicos, antitérmicos e antieméticos, visto que, ainda não possui um tratamento específico para tal doença.

DESCRITORES: Febre Amarela. Epidemiologia. Brasil.

[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 COLECISTITE AGUDA: FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTOS

ANDRÉ AVELINO DE PAIVA GADELHA TERCEIRO[1]; MATHEUS GOMES DA SILVA FEITOSA[1]; MARIO LUIZ CABRAL MACIEL[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

A Colecistite Aguda é uma patologia que consiste numa inflamação da vesícula biliar, podendo haver, ou não a presença de cálculos biliares. Essa doença pode ser classificada como Aguda, que começa subitamente, resultando em dor grave e constante no abdômen superior, onde pelo menos 95% das pessoas com colecistite aguda apresentam cálculos biliares, ou a Colecistite alitiasica que não possui cálculos biliares,contudo, a vesícula biliar pode conter lama (partículas microscópicas de materiais similares aos dos cálculos biliares). Ela é mais grave do que outros tipos de colecistite. Ela costuma ocorrer após cirurgias de grande porte ou doenças graves, como lesões sérias. O principal fator para o agravamento da inflamação da vesícula biliar é a obstrução do ducto cístico. A mucosa danificada continua produzindo líquidos para dentro da vesícula. A distensão resultante leva a liberação de mais mediadores inflamatórios, que piora a lesão da mucosa e resulta em isquemia, permanecendo a inflamação. Pode ocorrer infecção bacteriana. Se não tratar essa recorrência, provocará necrose e perfuração da parede. O objetivo do estudo apresentado é explicar os aspectos fisiopatológico da doença em questão, assim como elencar o tratamento e o prognóstico da evolução da colecistite.Foi visto que os principais sintomas, em 70% dos casos apresentam febre alta, assim como náuseas, vômitos, perda de apetite e batimento cardíaco acelerado. A dor da colecistite aguda é similar àquela da cólica biliar,, mas é mais intensa e duradoura. Ela geralmente ocorre na parte superior do abdômen. E geralmente estende-se para a parte inferior do ombro direito ou para as costas. Enjoos e vômitos são frequentes. Os médicos diagnosticam a colecistite com base principalmente nos sintomas e resultados dos exames de imagem, como a ultrassonografia. As pessoas com colecistite aguda necessitam ser hospitalizadas. Não podem comer ou beber e recebem líquidos e eletrólitos por via intravenosa. Realizam a Colecistectomia, onde a vesícula biliar ser removida 24 a 48 horas após o início dos sintomas se a colecistite for confirmada e o risco for pequeno, ou então em idosos, pois possuem mais risco de ocorrerem infecções. A colecistite aguda é a complicação mais comum da colelitíase.A metodologia consiste em pesquisas bibliográficas, visto que a doença possui alto risco.O prognóstico foi feito, em comparação, ≥ 95% dos pacientes com colecistite aguda têm colelitíase.

DESCRITORES: Colecistite. Cálculos. Abdômen

[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

CARDIOMIOPATIA CRÔNICA: IMPLICAÇÃO NA DOENÇA DE CHAGAS.

ANDRÉ VICTOR TEIXEIRA MUNIZ[1]; ENNIO JAVI SIQUEIRA BARBOSA DINIZ[1]; SUZANNA TAVARES PAULINO[1]; WLIDIANNE KEYLA DE SOUZA OLIVEIRA[1]; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA[2]

A cardiomiopatia crônica da doença de Chagas (CCDC) é o comprometimento difuso do miocárdio, comumente descrito, tendo como agente etiológico o Trypanosoma cruzi. A doença de chagas afeta cerca de 8 milhões de pessoas no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, muitos encontram-se na América Latina, caracterizada por tratar-se de área endêmica com sério problema de saúde pública. Objetivo: O estudo tem como objetivo realizar uma revisão sobre os aspectos da cardiopatia crônica e as suas implicações na doença de Chagas. 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. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Libray Online, das plataformas Scielo e BVS. Utilizou-se como descritores: cardiomiopatia; patologia crônica; doença de chagas. Resultados e discussões: Os estudos realizados, demonstram que a CCDC é a manifestação mais frequente e mais grave, com níveis de morbidade de 30%. O comprometimento do sistema cardiovascular pode ser observado na fase aguda, no entanto, é na fase crônica da doença de chagas que as lesões se mostram mais intensas e severas em alguns casos; a condição assintomática na CCDC normalmente provoca pequenas alterações miocárdicas, as quais podem ser detectadas através do eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma. Porém, alterações no ECG são encontradas caracterizando o pior prognóstico nesses casos, morte súbita por episódios arrítmicos. Os achados clínicos na forma sintomática da CCDC são insuficiência cardíaca, arritmias, tromboembolismo e manifestações anginosas, podendo mostrar-se isoladas ou coexistindo, além da destruição dos neurônios intramurais do coração observada como consequência. Considerações finais: Para o diagnóstico da CCDC é de fundamental importância a ecocardiografia, observando alterações de mobilidade, aneurisma apical de ventrículo esquerdo e avaliação do ventrículo direito no método bidimensional. O prognóstico depende do comprometimento e estágio da doença, observando fatores fisiopatológicos que obedecem a marcadores descritos no escore de Rassi. A terapêutica para a CCDC é limitada, onde agentes anti-parasitários como o benzinidazol apenas paralisam a evolução da doença, uma vez que o dano é praticamente irreversível devido ao estágio avançado, ademais, outras terapias alternativas são associadas de acordo com os sintomas e sinais físicos presentes específicos a condição cardiovascular.

DESCRITORES: Cardiomiopatia. Patologia crônica. 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

ESCLEROSE MÚLTIPLA: FISIOPATOLOGIA E DIAGNÓSTICO

ANDRESSA JUREMA FURTADO FRAZÃO CARNIATO [1]; ISABELLA SILVA ALBEFARO XAVIER[1]; RAFAELLA SANTIAGO DA NÓBREGA LIMA[1]; VANESSA SOARES NÓBREGA SOUTO[1]; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS[2]

A Esclerose Múltipla é uma doença neurológica, crônica, progressiva e seu mecanismo fisiopatológico é de cunho autoimune, em que as células de defesa do próprio organismo atacam o sistema nervoso, interpretando ser um organismo estranho, com a consequente lesão na bainha de mielina das células saudáveis, ocasionando, assim, interferências entre o cérebro e o restante do corpo. Assim, o caso abordado no presente estudo busca tratar e apresentar características relevantes para essa condição, bem como suas características, fisiopatologia, diagnóstico, exames e como é feito o acompanhamento médico. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico em livros-especializados e artigos originais na base de dados do PUBMED e SCIELO, publicados entre os anos de 2015 e 2020, a partir de um caso clínico apresentado aos alunos do primeiro semestre do curso de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. A causa específica da esclerose múltipla não é totalmente conhecida pela ciência, há estudos que relacionam a fatores genéticos, ao ambiente que está inserido, mas têm-se como parâmetros que a doença se manifesta principalmente em pacientes entre 20 a 40 anos, com maior incidência no sexo feminino, com vários tipos de manifestação, podendo ser remitente-recorrente, secundariamente progressiva, primariamente progressiva. Na forma mais comum, a remitente-recorrente, os sintomas costumam ser progressivos e variam de um paciente para outro. Inicia-se com sintomas leves e passageiros, e a evolução dos sintomas se dá de acordo com a área que está sendo desmielinizada. Como exemplos pode-se citar lesões no nervo óptico; atrofia bilateral de papilas, ataxia, nistagmo, quando acomete o tronco encefálico; paraparesia ou paraplegia, perda da sensibilidade abaixo de um certo nível, e disfunções esfincterianas quando há lesões na medula espinal. A literatura afirma que incialmente ocorre surtos recorrente que diminuem ao passar dos anos, com déficits cumulativos, e ao passar 20 anos de doença, cerca de 50% dos pacientes necessitarão de cadeira de rodas, já cerca de 5% terão a doença rapidamente progressiva. Para o diagnóstico há avaliação do exame clínico conjuntamente a Ressonância Magnética, teste de função neurológica, punção do liquor e exames de sangue complementares. Por fim, vários tratamentos já foram realizados, muitos com excelentes resultados, entretanto, até os dias atuais não há cura, mas há ações profiláticas, sintomáticas e de reabilitação. Conclui-se, portanto, que diante da ausência de achados clínicos patognomônicos ou exames laboratoriais definitivos, a Esclerose Múltipla ainda é uma patologia que possui um diagnóstico de exclusão, sem um tratamento curativo.

DESCRITORES: Esclerose múltipla. Danos neurológicos. Doença autoimune.

[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

DIETA HIPOLIPÍDICA PÓS-COLECISTECTOMIA: HÁ EVIDÊNCIAS QUANTO AOS BENEFÍCIOS?

ANNA LÍVIA CUNHA DE OLIVEIRA[1]; LAURA PIRES SOARES DE OLIVEIRA[1]; MIGUEL MARINHO FALCÃO DE OLIVEIRA[1]; VICTOR MACHADO VIANA GOMES[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

A formação de cálculos na vesícula, condição de elevada prevalência na população adulta, especialmente no sexo feminino, pode causar a obstrução da passagem da bile armazenada, desencadeando processos inflamatórios. A colecistectomia, ou remoção cirúrgica da vesícula, procedimento geralmente realizado por videolaparoscopia, costuma ser o tratamento de escolha para os casos sintomáticos de cálculos biliares. Com frequência, após a cirurgia, observam-se sintomas variados, como náusea, indigestão e flatulência, além de diarreia ou, até mesmo, constipação. A fisiopatologia responsável por esses sintomas, os quais podem caracterizar a chamada síndrome pós-colecistectomia, ainda não foi completamente elucidada. Na prática médica, entretanto, a dieta hipolipídica representa uma orientação bastante difundida para pacientes submetidos à colecistectomia. Objetivo: Discutir a eficácia da dieta hipolipídica na prevenção ou redução dos sintomas pós-colecistectomia. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica, para a qual foram consultadas as bases de dados LILACS, PubMed e SciELO, utilizando-se diferentes combinações dos descritores “Colecistectomia”, “Síndrome Pós-Colecistectomia” e “Dieta”, bem como seus equivalentes em língua estrangeira. Buscaram-se artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis gratuitamente, na íntegra, em meio eletrônico. Excluíram-se os trabalhos sem pertinência temática, bem como aqueles publicados há mais de 10 anos. Aplicando-se os critérios de inclusão e de exclusão pré-definidos, foram encontrados apenas seis artigos, o que denota a escassez de trabalhos tratando especificamente da questão. Resultados e Discussão: Após a organização e comparação das informações extraídas do material revisado, verificou-se que, até o presente momento, permanecem controversos os supostos benefícios atribuídos à dieta hipolipídica. Estudos com dezenas de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico em comento chegaram a resultados estatísticos divergentes no tocante à associação entre o tipo de dieta seguida e a presença de sintomas gastrointestinais pós-operatórios. A literatura destaca a complexidade dos fenômenos envolvidos, reconhecendo a influência de múltiplos fatores etiológicos, não necessariamente relacionados com a cirurgia, que podem favorecer o aparecimento ou a persistência de tais sintomas. Conclusão: Considerando as limitadas evidências científicas a esse respeito, ainda não é possível o estabelecimento de um consenso quanto à relevância da prescrição da dieta hipolipídica, como regra, após a colecistectomia. Tal constatação não afasta, contudo, a importância da adoção de uma dieta balanceada, adaptada às necessidades nutricionais de cada paciente.

DESCRITORES: Colecistectomia. Síndrome Pós-Colecistectomia. Dieta com Restrição de Gorduras.

[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

COLOCISTITE AGUDA : DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

ANNE MARIA MENDES FERREIRA.[1]; ISABELLA GOMES DE ANDRADE PESSOA.[1]; JOÃO PEDRO MALTA REZENDE SANTOS.[1]; JÓSE FLÁVIO PEREIRA FILHO.[1]; MARCOS ANTONIO ALVES DE MEDEIROS.[2]

A colecistite aguda é uma patologia comum nas emergências de todo o mundo. Esta síndrome se define pela inflamação incidiosa da vesícula biliar estando, majoritariamente associada à presença de cálculos biliares. A principal causa de colecistite aguda é a obstrução proveniente de cálculo biliar alojado na região infundíbulo-colocística. A impactação do cálculo impede a drenagem da secreção biliar, resultando em estase e hipertensão biliar, além de fenômenos vasculares e inflamatórios, de modo a favorecer a proliferação bacteriana. O trabalho tem como objetivo relatar as manifestações clínicas da colicistite aguda, seu diagnóstico e seus tratamentos. Trata-se uma pesquisa realizada por estudantes do segundo período de medicina da FAMENE, atraves de buscas em bases de dados como scielo, Bvs e pubmed. A obstrução do ducto biliar por um cálculo, em 90% dos casos, leva à inflamação aguda da vesícula na maioria dos casos. Surge uma cólica que logo se transforma em uma dor intensa no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e febre em 70% dos pacientes. A indicação cirúrgica ocorre em grande número de pacientes com colelitíase após um quadro de colecistite, pelo medo de um agravamento do quadro e pelo risco de conversão da colecistectomia do método videolaparoscópico para o método aberto.A ultrassonografia é o exame “ouro”, sendo a alteração mais sugestiva de colecistite aguda o espessamento da parede vesicular.A colecistite aguda continua sendo uma doença com a qual o cirurgião se depara frequentemente. A cirurgia videolaparoscópica veio mudar o manuseio e evolução dos pacientes tornando o pós-operatório mais curto e menos doloroso. A literatura médica tem levado alguns cirurgiões a retardarem a indicação cirúrgica, entretanto novos trabalhos, inclusive com análise de medicina baseada em evidências, têm demonstrado que a intervenção na primeira semana do início do quadro é a melhor conduta.As complicações, a dor pós-operatória, o tempo cirúrgico, a lesão de via bilar, entre outros itens analisados foram semelhantes, mas o tempo de internação foi menor no grupo operado precocemente. Levando-se em consideração a realidade brasileira, a indicação se impõe pela dificuldade de se conseguir leitos para cirurgias eletivas. Recomendamos, então, a cirurgia precoce nos casos de colecistite aguda.

DESCRITORES: Colecistectomia. Cálculo biliar. Vídeolaparoscópica.

[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

COLOCISTITE AGUDA : DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

ANNE MARIA MENDES FERREIRA.[1]; ISABELLA GOMES DE ANDRADE PESSOA.[1]; JOÃO PEDRO MALTA REZENDE SANTOS.[1]; JÓSE FLÁVIO PEREIRA FILHO.[1]; MARCOS ANTONIO ALVES DE MEDEIROS.[2]

A colecistite aguda é uma patologia comum nas emergências de todo o mundo. Esta síndrome se define pela inflamação incidiosa da vesícula biliar estando, majoritariamente associada à presença de cálculos biliares. A principal causa de colecistite aguda é a obstrução proveniente de cálculo biliar alojado na região infundíbulo-colocística. A impactação do cálculo impede a drenagem da secreção biliar, resultando em estase e hipertensão biliar, além de fenômenos vasculares e inflamatórios, de modo a favorecer a proliferação bacteriana. O trabalho tem como objetivo relatar as manifestações clínicas da colicistite aguda, seu diagnóstico e seus tratamentos. Trata-se uma pesquisa realizada por estudantes do segundo período de medicina da FAMENE, atraves de buscas em bases de dados como scielo, Bvs e pubmed. A obstrução do ducto biliar por um cálculo, em 90% dos casos, leva à inflamação aguda da vesícula na maioria dos casos. Surge uma cólica que logo se transforma em uma dor intensa no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e febre em 70% dos pacientes. A indicação cirúrgica ocorre em grande número de pacientes com colelitíase após um quadro de colecistite, pelo medo de um agravamento do quadro e pelo risco de conversão da colecistectomia do método videolaparoscópico para o método aberto.A ultrassonografia é o exame “ouro”, sendo a alteração mais sugestiva de colecistite aguda o espessamento da parede vesicular.A colecistite aguda continua sendo uma doença com a qual o cirurgião se depara frequentemente. A cirurgia videolaparoscópica veio mudar o manuseio e evolução dos pacientes tornando o pós-operatório mais curto e menos doloroso. A literatura médica tem levado alguns cirurgiões a retardarem a indicação cirúrgica, entretanto novos trabalhos, inclusive com análise de medicina baseada em evidências, têm demonstrado que a intervenção na primeira semana do início do quadro é a melhor conduta.As complicações, a dor pós-operatória, o tempo cirúrgico, a lesão de via bilar, entre outros itens analisados foram semelhantes, mas o tempo de internação foi menor no grupo operado precocemente. Levando-se em consideração a realidade brasileira, a indicação se impõe pela dificuldade de se conseguir leitos para cirurgias eletivas. Recomendamos, então, a cirurgia precoce nos casos de colecistite aguda.

DESCRITORES: Colecistectomia. Cálculo biliar. Vídeolaparoscópica.

[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

VACINAÇÃO PARA HEPATITE-B: EM PACIENTES IMUNODEFICIENTE

ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO[1]; THAMILLY VITÓRIA HONORATO MUNIZ[1]; LÍGIA MAYARA MARIA LEITE DOS SANTOS[1]; ANDREZZA MARIA SOUZA VIANA BARRETO BORBOREMA[1]; WERUSKHA ABRANTES SOARES BARBOSA[2]

A prevenção de imunodeprimidos é de extrema relevância, devido a alta taxa de morbimortalidade, portanto, a vacinação de hepatite B deve ser utilizada, sobretudo em grupos de risco. O que é mais discutido é se a vacinação é indicada para pacientes portadores de doenças autoimune, ou imunossupressores.O objetivo deste estudo, é esclarecer os efeitos da vacinação contra hepatite b em pacientes imunossupressores, ratificando a sua eficácia. A leitura de artigos científicos, através da plataforma scielo, entre os anos 2007-2020, e com os descritores (imunossupressores, hepatite B, vacina).Existem duas vacinas para o tratamento da hepatite B, uma contém partículas virais inativas pelo formol, e outra é obtida através da recombinação do ácido desoxirrobonucleico. A vacina que possui partículas virais, quando administrada em pacientes imunossupressores poderá causar um descontrole da infecção. Dessa forma, esse paciente imunocomprometido irá adquirir uma infecção mais grave do vírus, ao invés de uma inofensiva com o objetivo de apenas traze-lo a imunidade, decorrente ao uso da vacina. Ademais, a imunização, através da vacinação, em pacientes portadores de doenças reumatológicas, poderá causar reações auto-imunes, visto que o sistema imune do hospedeiro poderá assemelhar os determinantes antigênicos do vírus, com os presentes em seu próprio organismo. Outrossim, é importante salientar que a vacina de hepatite B, possui sua eficácia reduzida em pacientes transplantados, alcoólatras, diabéticos, e demais outros grupos de risco.Visto que pacientes pacientes portadores de doenças auto-imunes ou imunossuprimidos são mais suscetíveis a adquirir infecções, é de suma importância o processo de imunização nesses pacientes. As vacinas com bactérias ou vírus mortos e vacinas contendo componentes imunizantes são adequadas e seguras para esses indivíduos. Embora alguns pacientes não apresentem resposta satisfatória à vacina, ela possui eficácia comprovada na maioria deles. As vacinas com bactérias e vírus vivo, não são indicadas para portadores de doenças auto-imunes ou imunossuprimidos, exceto em pacientes pertencentes ao grupo de risco, sob orientação médica.

DESCRITORES: Vacinação. imunossuprimidos. 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

A EFICÁCIA DA VACINAÇÃO PARA HEPATITE B : PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS.

ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO[1]; THAMILLY VITÓRIA HONORATO MUNIZ[1]; LÍGIA MAYARA MARIA LEITE DOS SANTOS [1]; ANDREZZA MARIA SOUZA VIANA BARRETO BORBOREMA[1]; WERUSKHA ABRANTES SOARES BARBOSA[2]

A prevenção de imunodeprimidos é de extrema relevância, devido a alta taxa de morbimortalidade, portanto, a vacinação de hepatite B deve ser utilizada, sobretudo em grupos de risco. O que é mais discutido é se a vacinação é indicada para pacientes portadores de doenças autoimune, ou imunossupressores.O objetivo deste estudo, é esclarecer os efeitos da vacinação contra hepatite b em pacientes imunossupressores, ratificando a sua eficácia. A leitura de artigos científicos, através da plataforma scielo, entre os anos 2007-2020, e com os descritores (imunossupressores, hepatite B, vacina).Existem duas vacinas para o tratamento da hepatite B, uma contém partículas virais inativas pelo formol, e outra é obtida através da recombinação do ácido desoxirrobonucleico. A vacina que possui partículas virais, quando administrada em pacientes imunossupressores poderá causar um descontrole da infecção. Dessa forma, esse paciente imunocomprometido irá adquirir uma infecção mais grave do vírus, ao invés de uma inofensiva com o objetivo de apenas traze-lo a imunidade, decorrente ao uso da vacina. Ademais, a imunização, através da vacinação, em pacientes portadores de doenças reumatológicas, poderá causar reações auto-imunes, visto que o sistema imune do hospedeiro poderá assemelhar os determinantes antigênicos do vírus, com os presentes em seu próprio organismo. Outrossim, é importante salientar que a vacina de hepatite B, possui sua eficácia reduzida em pacientes transplantados, alcoólatras, diabéticos, e demais outros grupos de risco.Visto que pacientes pacientes portadores de doenças auto-imunes ou imunossuprimidos são mais suscetíveis a adquirir infecções, é de suma importância o processo de imunização nesses pacientes. As vacinas com bactérias ou vírus mortos e vacinas contendo componentes imunizantes são adequadas e seguras para esses indivíduos. Embora alguns pacientes não apresentem resposta satisfatória à vacina, ela possui eficácia comprovada na maioria deles. As vacinas com bactérias e vírus vivo, não são indicadas para portadores de doenças auto-imunes ou imunossuprimidos, exceto em pacientes pertencentes ao grupo de risco, sob orientação médica.

DESCRITORES: Hepatite B. Imunossupressores. Vacinação.

[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

HIPERPLASIA PROSTÁTICA: AÇÕES DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DESENVOLVIDAS NA ATUALIDADE

ARTHUR JALES SILVA[1]; JULIÃO VINÍCIOS GAMA SANTOS DE FIGUEIRÊDO[1]; LETÍCIA MARIA DE FREITAS SILVA[1]; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS[2]

Hiperplasia benigna da próstata (HPB) é caracterizada pelo aumento benigno do tecido devido à multiplicação das suas células, é o tumor mais comum que acomete aos homens sendo um dos principais sintomas a irregularidade na micção. A determinação do antígeno específico prostático (PSA), como referência, deve obter valores inferiores a 2,5ng/ml em indivíduos abaixo de 65 anos e 4,0ng/ml para indivíduos acima desta idade. Este estudo, trata-se de uma abordagem sobre o diagnóstico, tratamento e prevenção da HPB, elaborado através de uma revisão bibliográfica feita a partir de consultas em plataformas virtuais e livros especializados. Sinais clínicos comuns ao início do quadro de afecção prostática se ligam a alterações na capacidade urinária no que diz respeito à diminuição no volume ejetado, aumento na frequência, desconforto, aumento do esforço, demora e esvaziamento incompleto. Apesar de culturalmente não dispor de ampla aceitação, o exame do toque retal se constitui como principal parâmetro na determinação da saúde prostática, devido sua praticidade e baixo custo. É possível na maioria dos casos avaliar não somente o tamanho, mas também a consistência e a possibilidade da existência de nódulos. Outro parâmetro bastante importante é a determinação do antígeno específico prostático (PSA), obrigatório na avaliação inicial do paciente. A HPB geralmente resulta em uma próstata aumentada lisa, firme e elástica. Se detectado endurecimento deve alertar para possibilidade de câncer e necessidade de avaliação adicional, sendo eles PSA, ultrassonografia transretal e biópsia. Exames de imagem e citoscopia são recomendados quando na avaliação são associados sinais de acometimento do sistema urinário para precisar melhor e possivelmente se afastar doenças da bexiga. Como formas de tratamento, temos principalmente a utilização de substâncias que irão realizar a inibição enzimática no processo de síntese da testosterona. Apesar de método comum, pode expressar reflexos funcionais como problemas de ereção e libído. Outras formas de tratamentos se dão pela atuação no sistema urinário, já que as maiores implicações de tal acometimento ocorrem neste trato, diminuição da atividade urinária e relaxamento da musculatura vesical também podem trazer reflexos indesejáveis. A HPB é uma doença de alta prevalência que afeta à qualidade e os relacionamentos dos homens afetados, constituindo um problema de saúde pública. Sua detecção se dar através da anamnese, PSA, exame físico e de imagem. O tratamento se dar com medicações nos casos leves e moderados caso não evoluam para uma melhora e posteriormente agrave o tratamento passa ser cirúrgico.

DESCRITORES: Hiperplasia. Próstata. 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

ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES[1]; JOSELITO DE SOUSA GOMES FILHO[1]; JOSÉ MARCOLINO DA SILVA NETO[1]; LUCAS DANTAS DE VASCONCELOS [1]; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA[2]

Toxoplasmose é uma doença causada pelo agente etiológico Toxoplasma Gondii, protozoário, de caráter heteróxeno, sendo a transmissão primária a vetorial, realizada por animais, mais especificamente, felíneos. Apesar de ter significado clínico muitas vezes asssintomático, a doença é de grande importância no acompanhamento pré-natal, na denominada toxoplasmose congênita, produzindo as alterações e possíveis complicações, causando abortamento até sequelas graves, tais quais microcefalia e outras alterações, tanto neurológicas, quanto oculares e motoras; o caráter das sequelas é determinado principalmente pelo período em que há a transmissão vertical, pela placenta. O presente trabalho objetivou descrever os aspectos clínicos e diagnósticos da toxoplasmose congênita. 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. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Libray Online, das plataformas Scielo e BVS. Datam entre o intervalo anual de 2010 a 2020, utilizando-se descritores: toxoplasmose; transmissão congênita; diagnóstico. Resultados e Discussão: Observa-se que na síndrome da toxoplasmose congênita, o diagnóstico é um dos aspectos mais complexos e necessários, assim, para que seja introduzido o plano terapêutico que possa diminuir a taxa de contaminação, o que afetaria diretamente a prevalência dessa doença, ainda muito presente no país. O diagnóstico mais predominante é realizado pela dosagem do IgM que é um dos mecanismos mais conhecidos na fisiopatologia da doença, contudo, a eficácia desse exame vem sendo questionado, já que deve ser feita a análise clínica de forma completa, para a um diagnóstico seguro. Dentre as pesquisas, é de entendimento que a dosagem do anticorpo IgM é muitas vezes inespecífica, ou potencialmente perigosa, haja vista que títulos altos podem ser encontrados longos períodos após a contaminação, então, é importante que haja também o exame de avidez de IgG, que determina mais especificamente a ocasião da contaminação, o que é extremamente importante para a definição do tratamento mais correto e que diminua o risco de transmissão vertical. Considerações finais: Associado a exames sorológicos, a clínica deve ser observada, conjuntamente ao tratamento, a partir da identificação do parasito, ultrassons frequentes, para identificação de possíveis sequelas e traços da doença, como a microcefalia e outras alterações, no caráter congênito também são imprescindíveis para o curso favorável da síndrome, assim, é importante que se constituam pesquisas nesse âmbito para controle e prevenção da patologia, o que contribuirá para novas perspectivas no processo da saúde pública do país.

DESCRITORES: Toxoplasmose . Transmissão Congênita . Diagnóstico.

[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

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

AYANNE DE FIGUEIREDO OLIVEIRA[1]; CAROLINA GROTT[1]; ERIKA BRINDEIRO LACET VIEGAS[1]; LETÍCIA MARIA LIRA PIRES[1]; HOMERO PERAZZO BARBOSA[2]

A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) é um aumento benigno da próstata, que se baseia na perspectiva anatomopatológica do crescimento da dimensão dessa glândula e do bloqueio urinário causado por ela. Pode ocorrer em homens principalmente a partir da quinta década de vida. O paciente que for portador de HBP apresenta geralmente sintomas relacionados com o trato urinário inferior (STUI), que podem ser intermitentes ou progressivos, uma vez que a próstata aumentada pode comprimir a uretra e, assim, dificultar a micção. Devido ao bloqueio urinário, outros sintomas como um fluxo menor e mais fraco, pingar urina no final da micção podem aparecer, e, como a bexiga não é esvaziada completamente, o indivíduo pode sentir que a micção não ocorreu até o fim e, surge então, a necessidade de urinar com maior frequência, noctúria, podendo até levar a uma infecção na bexiga, hidronefrose e insuficiência renal. Assim, a dificuldade do ato de urinar, interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, e principalmente do sono destes pacientes. Embora como o nome já diz, seja um crescimento benigno, nada tem a ver com câncer. O diagnóstico, além do caráter clínico, associado ao Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS); que é uma ferramenta muito útil na medição da intensidade do problema, inclui a realização de exames complementares como Exame Digital da Próstata (EDP), também conhecido como ‘‘exame de toque retal’’; dosagem sérica do PSA (Antígeno Prostático Específico), que é um exame laboratorial que determina os níveis dessa substância como marcador biológico. Outras avaliações, como o exame qualitativo de urina e dosagens de ureia e creatinina (função renal), devem ser realizadas para um melhor direcionamento das condutas e tratamentos a serem adotados. O tratamento torna-se necessário quando a HBP causa sintomas ou complicações especialmente incômodas (como infecções do trato urinário, comprometimento da função renal, hematúria, cálculos ou retenção urinária grave). Medicamentos como bloqueadores alfa adrenérgicos que promovem o relaxamento dos músculos da próstata e da saída da bexiga, melhorando o fluxo urinário, juntamente com inibidores de 5 α-redutase (enzima localizada ao nível de membrana nuclear, que converte a testosterona em 5 α-diidrotestosterona - DHT) que bloqueiam os efeitos dos hormônios masculinos responsáveis pelo crescimento da próstata, são drogas de primeira escolha auxiliando na prevenção, retardo e até exclusão da necessidade de cirurgia ou outros tratamentos.

DESCRITORES: Saúde do homem. Próstata. Hiperplasia.

[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

DIABETES INSÍPIDUS NEFROGÊNICO INDUZIDO POR TERAPIA CRÔNICA COM LÍTIO

BARBARA KELLY PEREIRA DE LIMA[1]; LORENA GREGÓRIO DE LEON LEITE[1]; LYVIA ANDRADE DANTAS[1]; NATHALIA MOREIRA SILVA E ALVES[1]; SUELLEN MENEZES[2]

No tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) incluem-se uma gama de medicamentos conhecidos como estabilizadores de humor, destacando-se o carbonato de lítio como mais antigo deles. Sua utilização representa resposta positiva frente à distúrbios psiquiátricos, prevenindo recorrências e tentativas de suicídio. Contudo, o uso crônico desse fármaco pode causar prejuízos de outras ordens ao organismo. Dentre os principais efeitos colaterais há o comprometimento da função renal, visto que tal medicamento tem sua metabolização e eliminação realizada exclusivamente por esse órgão. O acometimento nos rins induzido pela toxicidade do lítio pode gerar principalmente: doença renal crônica (advinda após a nefrite túbulo intersticial) e o prejuízo à função tubular, revelando seu efeito adverso mais comum, o diabetes insípidus nefrogênico (DIN), que acomete cerca de 20% à 40% dos pacientes semanas após o início do tratamento com uso de lítio. Sua administração pode causar intoxicações agudas e em níveis graves acarretar a necessidade de hemodiálise. Objetivo: Esse estudo tem como objetivo discorrer acerca da indução da patogênese Diabetes Insípidus Nefrogênico pelo uso de lítio. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica indexada em 2020 por acadêmicos do 2º período de medicina da FAMENE, realizada a partir das plataformas científicas em saúde: ScieELO e BVS. Resultados e discussões: Os estudos analisados sugerem que os mecanismos pelos quais o lítio induz alteração da função renal causando a DIN envolvem a capacidade de filtração urinária, a partir da inserção de canais de água, as aquaporinas, nas membranas apicais (AQP2) do ducto coletor, permitindo a reabsorção de água do filtrado tubular. Estudos in vitro, utilizando rim de rato, demonstraram que a expressão da AQP2 foi drasticamente reduzida pelo lítio nas membranas da medula renal, demonstrando como ocorre a indução da DIN advinda do uso de lítio. O tratamento para esta é feito com diuréticos tiazidas e amilorida, a capacidade de concentração urinária é restaurada, e isto está associado com o aumento da excreção urinária de AQP2. Considerações finais: A priori, fora evidenciado que a utilização lítio traz melhoras significativas nos sintomas depressivos e maníacos, porém podem ter efeitos adversos como prejuízos na função renal, sendo de extrema importância o acompanhamento e a dosagem correta afim de evitar maiores prejuízos.

DESCRITORES: Lítio. Nefrotoxicidade. Diabetes Insípido Nefrogênico.

[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

CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS NO TRATAMENTO DE CARCINOMA BASOCELULAR

BEATRICE ROCHA GADELHA[1]; ISRAEL DE LIMA RODRIGUES[1]; JOÃO HONORATO DE ARAÚJO JÚNIOR[1]; MARCUS CESAR BEZERRA FERRER E SILVA JUNIOR[1]; THIAGO DE HOLANDA FARIAS[1]; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO DE AMORIM[2]

Câncer mais comum em humanos, o Carcinoma Basocelular (CBC) representa aproximadamente 80 % das neoplasias epiteliais. De crescimento lento, localiza-se preferencialmente na cabeça e pescoço. Raramente metastiza e sua incidência continua a aumentar verificando-se 100-200/100000 pessoas por ano na Europa. Há subtipos histológicos (nodular, superficial, micronodular, infiltrativo e morfeiforme). Alguns são considerados agressivos decorrente da elevada taxa de recidiva a que se associam (infiltrativo, morfeiforme e micronodular). Uma das opções de tratamento é a cirurgia micrográfica de Mohs, aplicada nos tumores originados em zonas de elevado risco, nos de grande tamanho, nos histologicamente agressivos, os de invasão profunda, tumores excisados de forma incompleta e tumores com bordos mal definidos. O objetivo do trabalho foi pesquisar as características do CBC e seu tratamento com a utilização da cirurgia micrográfica de Mohs. Método: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir de dados eletrônicos do Google Acadêmico em busca de revisões sobre a Cirurgia Micrográfica de Mohs no tratamento de CBC. Resultado/Discussão: Verifica-se que esta técnica minimiza o risco de recidiva e permite poupar o máximo de tecido viável e livre de tumor em redor da lesão. Comparando com a excisão cirúrgica convencional, a cirurgia de Mohs apresenta taxa de cura mais elevada (97-99% para tumores basocelulares primários e 93-98% para tumores recorrentes aos 5 anos). Nos tumores recorrentes ou primários agressivos, é mais morosa que a excisão convencional. A cirurgia de Mohs, incorpora etapas: excisão da massa tumoral, resseção de fina camada de tecido para além da excisão tumoral, mapeamento do tecido excisado, preparação de cortes de congelação e finalmente a observação das lâminas ao microscópio. Qualquer área de tumor residual observada microscopicamente é excisada e os 3 últimos passos, respectivamente, são repetidos até não se observar mais tumor residual. Conclusão: A cirurgia de Mohs é o tratamento de eleição de CBC agressivos e recorrentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, M.A.M. Carcinoma basocelular e cirurgia micrográfica de Mohs. 2015. Tese de Doutorado.

PEREIRA, R. N. FIALHO, E L. GONTIJO, G. Tratamento de carcinoma basocelular com associação de terapia fotodinâmica e cirurgia micrográfica de Mohs. Surgical & Cosmetic Dermatology, v. 2, n. 2, p. 132-134, 2010.

DESCRITORES: Carcinoma Basocelular. Recidiva. Cirurgia Micrográfica de Mohs.

[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 E SUAS COMPLICAÇÕES CARDIACAS

BEATRIZ FRANCISCA FLORES DA CRUZ [1]; GABRIELLA NOGUEIRA TOMAZ DA SILVEIRA BRANDÃO[1]; PRISCYLLA BARDUINO ATHAYDE[1]; MARIA ALINETE MOREIRA DE MENEZES[2]

Doença de chagas é uma doença infecciosa causada por um protozoário denominado Trypanosoma Cruzi encontrado nas fezes do inseto barbeiro. É uma doença parasitária que pode ser apresentada na forma aguda, caracterizada por miocardite difusa, com vários graus de severidade, por vezes é identificada apenas por eletrocardiograma ou ecocardiograma, podendo ocasionar pericardite, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco entre outas complicações. A metodologia trata-se de uma revisão de literatura indexada em 2020 por acadêmicos do 3o período de medicina da FAMENE nos bancos de dados Scielo, livros e documentos que discorrem sobre o tema trabalhado. A cardiomiopatia crônica da doença de Chagas (CCDC) decorre de miocardite fibrosante focal de baixa intensidade, ocasionada pela infecção recorrente do T cruzi, somatizada à inflamação mediada por mecanismos imunes contrários. Estima-se que 30% dos infectados desenvolvem, durante a vida, a forma crônica cardíaca da doença de Chagas com clínica proteiforme, podendo ocasionar morte súbita, bem como sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, além de eventos cardioembólicos, sintomas anginoides e arritmias. Sendo os mecanismos mais comuns de óbito nesta condição progressão da insuficiência cardíaca e morte súbita. Acerca dos aspectos prognósticos podemos citar os sintomas de IC avançada, disfunção sistólica do VE, taquicardia ventricular não sustentada e cardiomegalia. Observa se que a prevenção dos eventos cardioembólicos é de suma importância para os pacientes com CCDC. Dessa forma os agentes anticoagulantes orais devem ser prescritos para pacientes de alto risco, visto a presença de um conjunto de fatores de risco, tais quais idade avançada disfunção sistólica do VE, aneurisma apical, alteração da repolarização ventricular ao ECG e disfunção sistólica do VE. Desse modo, conclui-se que o tratamento da insuficiência cardíaca na CCDC segue os mesmos protocolos aplicados à insuficiência cardíaca secundária à cardiomiopatia dilatada de outras causas.

DESCRITORES: Doença de Chagas; Cardiomiopatia; Insuficiência Cardíaca.

[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

CARCINOMA BASOCELULAR: OS RISCOS CAUSADOS ATRAVÉS DA EXCESSIVA EXPOSIÇÃO SOLAR

BEATRIZ MEDEIROS CHAVES[1]; JOÃO VITOR ARAÚJO LEITÃO DE BRITO PALMEIRA[1]; KARIME MARCELINO MEDEIROS[1]; THAÍSE REIS RODRIGUES[1]; PROF. DR. IDELTÔNIO J. F. BARBOSA[2]

O carcinoma basocelular é considerado a neoplasia maligna mais comum no mundo, especialmente entre pessoas de pele clara. No Brasil, corresponde a um problema de saúde pública por apresentar uma grande demanda, porém identifica um baixo grau de malignidade e mortalidade devido ao característico crescimento lento e ao rápido diagnóstico, além de prognóstico clínico satisfatório. O objetivo do artigo é descrever a fisiopatologia do carcinoma basocelular e evidenciar os riscos que são causados através da exposição solar. O nosso trabalha retrata o tema a partir de uma revisão bibliográfica. É uma patologia cutânea originada a partir de células basais epiteliais imaturas pluripotentes, que perderam a capacidade de diferenciação dos anexos cutâneos. Normalmente, desenvolve-se como um nódulo ou mancha escamosa, que também aparece por meio de uma ferida, principalmente nas áreas foto expostas. Tratando-se dos fatores de riscos constatou como: pele clara e histórico familiar da neoplasia. É importante evidenciar que, a participação de exposição solar intermitente, principalmente na juventude, é um fator de risco determinante, pelo fato de comprometer áreas foto protegidas e a uma tendência em ocorrer tais ulcerações no futuro. Dado o exposto, o subtipo clínico mais recorrente é o nodular ulcerativo, que ocorre em áreas mais expostas ao sol, no entanto é o menos agressivo, consiste no diagnóstico clínico e é confirmado pela Histopatologia e exame médico. A ação dos raios ultravioleta (UV) B produz inúmeros foto produtos mutagênicos no DNA, que precisam ser reparados antes da divisão celular; caso contrário pode promover a mutação no gene PTC, que induz o desenvolvimento do CBC. Especificamente no carcinoma basocelular, dificilmente causará metástase para outras áreas, tem fácil tratamento que muitas vezes não necessita de excisões cirúrgicas, entretanto há casos que para que haja uma recuperação mais rápida do paciente é feita uma excisão. Nesse ínterim de riscos associados a excessiva exposição solar frente a patologia principalmente nos horários ente 9h e 16h em virtude do elevado nível de radiação excitante UVA e UVB se faz necessário medidas como o uso de roupas claras e leves com proteção contra raios UVA e UVB, uso de óculos escuros, bem como o uso de filtro solar adequado ao seu tom de pele e a utilização de chapéu de aba circular.

DESCRITORES: Carcinoma Basocelular. Exposição solar. Fatores de risco.

[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

FEBRE AMARELA : UMA ABORDAGEM FISIOPATOLÓGICA

BIANCA SILVA CAVALCANTE[1]; ISABELA GUIMARÃES NOLÊTO MARTINS[1]; MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA FRANÇA[1]; MARIANA TOMAZ DE OLIVEIRA[1]; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS[2]

A febre amarela é causada por um vírus, do gênero flavivírus, transmitido por mosquitos pertencentes às espécies Aedes e Haemogogus. Do ponto de vista epidemiológico, a febre amarela é dividida em duas formas, rural e urbana, com diferenças na natureza do disseminador e do hospedeiro vertebrado e do seu local de ocorrência. O objetivo do presente trabalho é discorrer a respeito da fisiopatologia da Febre Amarela. Realizou-se um levantamento bibliográfico de artigos originais, publicados em língua portuguesa na base de dados SCIELO e também uma busca no site do Ministério da Saúde, publicados entre os anos de 2015 e 2020. O número estimado de casos graves na América do Sul, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é de 84.000-170.000, com aproximadamente 29.000- 60.000 mortes anualmente. A maior incidência da doença acontece entre os meses de janeiro e abril, período das chuvas. Nessa época, há um aumento da quantidade do mosquito transmissor. O período de incubação varia de 3 a 6 dias após a picada do mosquito infectado, embora se considere que possa se estender até 15 dias. A viremia humana dura, no máximo, 7 dias, podendo se estender entre 24 a 48 horas antes do aparecimento dos sintomas até 3 a 5 dias após o início da doença, período em que o homem pode infectar os mosquitos transmissores. Por tratar-se de uma Febre Hemorrágica viral clássica, os mecanismos de fisiopatologia descritos para a febre amarela são bastante semelhantes aos da Dengue, Zika e Chikungunya. O órgão alvo da Febre Amarela é o fígado, embora não seja restrito a essa estrutura, com acometimento renal e cardíaco, além de intensão lesão vascular, vasculopatia infecciosa, provocando as hemorragias. No início da doença, a realização do método clínico isoladamente não é suficiente para diagnóstico, pois a clínica da Febre Amarela assemelha-se com outras doenças virais; diagnóstico é confirmado utilizando um método que consiste na amplificação molecular do vírus no sangue classicamente pode ocorrer até o quinto dia viral. Contudo, devem ser considerados casos nos quais a viremia chega a persistir até o décimo dia. Testes específicos para detecção de IgM e IgG são recomendados a partir do quinto dia. É notório que a febre amarela faz parte da lista de doenças de notificação compulsória. A vacina antiamarílica está indicada para proteger os indivíduos e proporcionar imunidade coletiva ou barreira.

DESCRITORES: Febre Amarela. Flavivírus. Vasculopatia 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

COMO A COVID-19 PODE SE AGRAVAR EM PACIENTES COM ENFISEMA PULMONAR

BRAULIO RAFAEL RODRIGUES DE OLIVEIRA[1]; FERNANDA ALMEIDA BARBOSA[1]; FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

O enfisema pulmonar ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), é uma doença onde ocorre a destruição dos tecidos pulmonares de maneira gradual, na presença dela, os alvéolos incham e se distendem impossibilitando as trocas gasosas. O uso de cigarros é a principal causa do enfisema, os sintomas são dificuldades em inalar o ar, além de tossir muito e ter catarros chiado no peito, tosse crônica, lábios azulados, infecções respiratórias frequentes, falta de energia e perda de peso. Enfisema pulmonar não tem cura e não pode ser revertido, e começa com a suspensão total do uso de cigarros, e alguns casos podem ter melhora com uso de medicações como corticoides ou broncodilatadores, por via oral ou inalatória. Muitos podem ser beneficiados com a terapia de reabilitação, que ensina os enfisematosos a usar a energia de uma forma eficiente, de maneira que ocorra um gasto menor de oxigênio, tornando-os mais preparados para as atividades diárias. A Covid-19 se agrava quando o SARS-CoV-2 atinge os pulmões, causando problemas respiratórios, por causa desse quadro clínico grave, os pacientes com Covid-19 estão precisando de UTI e ventilação mecânica, a maioria das pessoas infectadas, 81% delas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentarão sintomas leves a moderados, como febre, dor de garganta, coriza, tosse com ou sem pneumonia. Já 14%, apresentarão sintomas graves, como falta de ar e dificuldade para respirar e, apenas 6% da população infectada ficará em estado crítico, apresentando insuficiência respiratória, falência dos órgãos e risco de morte. Nos pulmões, ele infecta células dos alvéolos, onde ocorrem as trocas de gases entre o pulmão e corrente sanguínea, a partir daí esse vírus começa a se multiplicar, mata a célula hospedeira e é liberado para contaminar outras células, em paralelo a esse processo são liberados mediadores que geram a inflamação local no pulmão e no corpo inteiro. Essa inflamação do pulmão gera pneumonia, agravada com os alvéolos já comprometidos pelo enfisema pulmonar, pode evoluir com insuficiência respiratória.

DESCRITORES: Enfisema pulmonar. DPOC. COVID-19

[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 E SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

BRUNA PESSOA PETRUCCI[1]; CYNARA GOMES BATISTA BORGES[1]; LAIZE MICHELLE GOMES DE LIMA[1]; VINICIUS CHAGAS DÁVILA[1]; JOSÉ CARLOS DA SILVA[2]

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), é uma das mais relevantes doenças progressivas com alto índice de mortalidade em todo o mundo. Grande parte dos casos dos pacientes portadores apresentam relação com o hábito de fumar. Os fatores que contribuem para essa patologia incluem além do aumento do tabagismo, exposição a toxinas presentes em combustíveis de biomassa, como madeira e gramíneas. Essa doença é geralmente identificada como uma diminuição do fluxo aéreo respiratório e, que causa uma inflamação pulmonar no qual envolve a bronquite e o enfisema. Dessa forma, muitos indivíduos apresentam as duas patologias, sendo os idosos o grupo mais atingido. Os sinais e sintomas mais característicos são tosse, dispnéia, ausculta de sibilos, ruídos durante a respiração e murmúrio vesicular diminuído. Além disso, o diagnóstico pode ser realizado através da análise do quadro geral do paciente somado aos exames clínicos, entre eles: radiografia, tomografia computadorizada, gasometria e espirometria com o intuito de verificar a capacidade pulmonar.O presente estudo busca abordar a gravidade da doença que cresce com o passar dos anos.Pois, pesquisas mostram que nos próximos dez anos a DPOC se tornará a terceira maior causa de morte no mundo.O presente estudo tem como revisão bibliográfica dados baseados no Ministério da Saúde e em análises de artigos científicos indexados no Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A seleção foi realizada por critérios de inclusão, sendo estes: artigos originais publicados nos anos de 2015 e 2018, abordando o tema proposto. O descritor utilizado na identificação dos artigos foi: DPOC.Diante dos achados conclui-se que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica trata-se de uma condição capaz de acometer não somente a função ventilatória, mas o indivíduo como um todo, desencadeando alterações no condicionamento cardiorrespiratório, além da fraqueza muscular, provocando uma redução na funcionalidade e qualidade de vida ao paciente acometido dessa enfermidade. Em decorrência dos resultados obtidos, pode-se concluir que o tratamento ou a terapia mais eficaz para o paciente, é realizada através de broncodilatadores, que tem como objetivo promover a dilatação dos brônquios, como o β2-Agonistas e anticolinérgicos.

DESCRITORES: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica . 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

A VITAMINA B12 E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

BRUNA RIBEIRO BANDEIRA[1]; ISABELLE PIRES RIBEIRO DE LIMA[1]; MIRELLI DIAS DANTAS MARQUES[1]; VITÓRIA FEITOSA DE BRITO[1]; VINÍCIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

A Esclerose múltipla (EM) trata-se de uma doença neurológica, autoimune e, geralmente, possui caráter progressivo, sendo, pois, caracterizada por uma desmielinização que afeta o cérebro, nervos ópticos e a medula espinhal (sistema nervoso central). A doença ocasiona perda da função motora e sensorial, podendo resultar em impactos negativos na vida do indivíduo. Segundo a literatura, não há cura para a esclerose múltipla. No entanto, existem muitas opções de tratamento atualmente. Embora a causa da doença ainda seja desconhecida, alguns estudos têm demonstrado diminuição da vitamina b12 em pacientes com EM. A vitamina b12, também chamada de cobalamina, é de suma importância para o sistema nervoso e a sua deficiência, denominada mielopatia, pode ser bastante significativo, especialmente em pacientes com esclerose múltipla. Essa vitamina desempenha papel importante na síntese de mielina, substancia que envolve os nervos. A vitamina b12 tem efeitos imunomodulador e neurotróficos, a sua deficiência pode resultar na interrupção da mielinização e dificultar a transmissão do impulso nervoso. Outros fatores como o uso de medicamentos podem levar a deficiência de vitamina b12, como exemplo o omeprazol, pantoprazol, e a metilpredsolona, usadas em altas doses no tratamento dos surtos da EM. A deficiência de vitamina b12 pode levar a diminuição dos níveis séricos de homocisteína, que está relacionada a marcadores de doenças cardiovasculares e neurodegenerativas. Tanto a vitamina b12 como a vitamina b9 (ácido fólico) participam da conversão da homociteína para síntese de DNA e RNA. Dessa forma, evitam níveis elevados de homocisteína e consequentemente seus efeitos neurotóxicos, que podem culminar em morte celular. Vários estudos mostram que muitos pacientes com EM tem vitamina b12 e b9 em baixa quantidade e posteriormente níveis aumentados de homocisteína. Diante disso, torna-se perceptível que a deficiência da vitamina b12 pode estar relacionada à progressão da esclerose múltipla, pois compartilham características fisiopatológicas, inflamatórias e neurodegenerativas comuns, portanto, a suplementação com a vitamina B12 pode acarretar resultados positivos no tratamento.

DESCRITORES: Esclerose Múltipla. Vitamina b12. Mielopatia. 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

HEPATITE RELACIONADA AO USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS

BRUNO HERBERT BASTOS QUEIROGA [1]; DAYANNA JOYCE DE LACERDA FERREIRA [1]; SIBELY COELHO URBANO PEREIRA [1]; WÂNIA CRISTINA MORAIS DE MACÊDO [1]; HERMAN FERREIRA COSTA [2]

Medicamentos são produtos químicos ou fitoterápicos, cuja finalidade consiste na prevenção, diagnósticos, no alívio dos sintomas e na recuperação de doenças. Eles são elaborados pela indústria farmacêutica desde que, suas substâncias e efeitos terapêuticos tenham comprovação científica e sejam aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, seu uso deve ser bem orientado para que se tenha o efeito desejado. Entretanto o uso indiscriminado de medicamentos, a automedicação e os efeitos adversos destes, causam danos ao organismo, principalmente ao fígado, por ser este, o principal órgão envolvido no metabolismo para eliminação de substâncias. As lesões provocadas pela toxicidade desses medicamentos são responsáveis pelas hepatites agudas e falência hepática aguda, podendo resultar em óbito. Dentre as internações por hepatites, cerca de 10% das hepatites agudas e 25% das hepatites fulminantes, têm etiologia medicamentosa. A icterícia, o aumento das transaminases hepáticas e o relato de uso de medicamentos, mesmo que estes sejam fitoterápicos, são indícios de hepatite medicamentosa. Com o objetivo de conscientizar os estudantes do curso de Medicina da Famane, quanto aos danos causados ao organismo pelo uso indiscriminado de medicamentos, optamos por realizar um estudo bibliográfico, a partir das bases de dados do Scielo, Lilacs, BVS e manuais do Ministério da Saúde, sendo selecionados 15 artigos científicos, utilizados para fundamentação desse estudo. Estes artigos evidenciaram que, as drogas hepatotóxicas podem lesionar diretamente os hepatócitos, por meio dos radicais livres ou metabólitos que causam peroxidação de lipídeos nas membranas ou por mecanismos imunológicos, quando um fármaco ou metabólito que atua como hapteno para transformar uma proteína celular em um imunógeno. As reações medicamentosas podem ser previsíveis (intrísnsecas) ou imprevisíveis (idiossincráticas), sendo as previsíveis comuns a todos os indivíduos e estão relacionadas à dose-dependente, as imprevisíveis dependem das características do indivíduo em desenvolver uma resposta imune ao estímulo antigênico ou pela velocidade de metabolização da substância, elas podem ocorrer de forma súbita ou levar meses para aparecer. Geralmente os fármacos utilizados são aqueles com maior acessibilidade, como aqueles a base de Paracetamol, os quais apresentam um grande potencial hepatotóxico. Considerando a importância da função hepática para as atividades dos demais sistemas, deixamos o alerta para o uso indiscriminado de medicamentos, que deve ser acompanhado por profissional habilitado.

DESCRITORES: Hepatite; Toxicidade; Farmacos

[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

POTENCIAL TERATÓGENO DO BZN EM GESTANTES PORTADORAS DA DOENÇA DE CHAGAS

CAIO ENZO MATOS DE ALENCAR [1]; GIULIANNA MARIA MONTENEGRO PIRES DANTAS[1]; MAICON LUAN ALBUQUERQUE SILVA[1]; MARIA EDUARDA DE SÁ FARIAS[1]; CLÉLIA DE ALENCAR XAVIER MOTA [2]

A doença de Chagas é uma das mais sérias parasitoses presentes na América Latina. Estima-se que em torno de 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo Trypanossoma cruzi no mundo. Entre as formas de transmissão pode ser citado a congênita, no qual a mãe infectada propaga o protozoário para o feto por meio da placenta. Logo, ao ser constatado a doença de Chagas em mulheres grávidas, é preciso que seja iniciado um tratamento a base de n-benzyl-2-(2-nitro-1H-imidazol-1-yl)acetamide, conhecido popularmente como benzonidazol. O presente estudo busca, objetivamente, verificar a eficácia do medicamento exposto em mulheres gravidas de modo que comprove o seu potencial teratogênico. Assim, foi realizada uma revisão integrativa a partir das bases de dados MEDLINE, PUBMED e SciELO com os descritores “Benzonidazol”, “Parasitoses” e “Doença de Chagas” incluindo artigos científicos em inglês, espanhol e português, datados dos últimos 5 anos, disponíveis na íntegra. De acordo com as pesquisas, o uso de BZN na gravidez não é recomendado devido à falta de evidência de segurança completa a um potencial de teratogenicidade, uma vez que foi relatado em alguns estudos in vivo em modelos animais má formação do feto. Apesar disso, há relatos de situações especiais em que o tratamento com BZN teve que ser prescrito no último trimestre da gravidez devido ao risco de vida que a mãe apresentava durante fase aguda da infecção por T. cruzi. Vale ressaltar que estudos feitos na USP comprovam que a suplementação de zinco em grávidas com doença de Chagas possui a ação de proteger o feto, melhorando a resposta imunológica materna, ao mesmo tempo em que diminui a inflamação característica da infecção. Em suma, a administração do benzonidazol durante a gravidez só deve ser feita em caso de indicação absoluta, por meio de orientação médica constante. Além disso, é ainda viável a utilização do Zinco como tratamento até o momento do parto caso o diagnóstico de Chagas seja comprovado próximo ao nascimento.

DESCRITORES: Benzonidazol. Doença de Chagas. Parasitoses

[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

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA, CAUSAS, EXAMES E TRATAMENTOS.

CAMILA MADEIRO DE LUCENA[1]; JOSÉ WALISSON LIMA DE ALMEIDA[1]; MARIA EDUARDA DA COSTA LIRA[1]; RONALDO DANTAS COSTA FILHO[1]; HOMERO PERAZZO BARBOSA[2]

A próstata é percebida como uma saliência no assoalho do reto. A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) é caracterizada pelo crescimento da glândula prostática, que se encontra abaixo da bexiga e que envolve a uretra. A HBP é uma condição comum em homens adultos, de incidência progressiva com o envelhecimento, com importante impacto nas saúdes física e mental do indivíduo e que pode levar a situações patológicas graves. Além da idade há a influência de níveis elevados de testosterona e histórico familiar. Os principais sintomas do crescimento benigno da próstata são esforço, dor e sensação de queimação no ato de urinar, aumento da frequência urinária. Nos casos mais graves, em decorrência da obstrução do canal da uretra, há a interrupção completa do jato urinário. Têm-se como formas de diagnóstico um exame físico cuidadoso (toque retal), o exame de imagem e o de sangue para avaliar os níveis de ureia, de creatinina, e, principalmente, do PSA sérico (antígeno prostático específico). Por fim, como forma de tratamento há a método clínico, com a utilização de medicamentos, inclusive fitoterápicos. Esses tratamentos dependem do grau da patologia. Há também o uso de fármacos com a finalidade de inibir a 5-alfa-redutase, a enzima que converte a testosterona em di-hidrotestosterona (mais potente). É usado em baixas doses para o tratamento da calvície e em altas doses no tratamento da hiperplasia prostática benigna e câncer de próstata. Embora o tratamento inicial, salvo em situações específicas, seja farmacológico, a tendência de progressão da doença leva uma considerável parcela dos pacientes a necessitar do tratamento cirúrgico, por meio da ressecção transuretral da próstata (RTUP). Ações na prevenção devem ser orientadas em decisões partilhadas da medicina centrada no paciente, para reduzir sua incidência e prevalência nas populações, dessa forma a sociedade poderá ter acesso a mais informações e por sua vez haverá uma prevenção eficaz, com a realizações dos exames, de forma consciente.

DESCRITORES: Próstata; crescimento; PSA.

[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

TETRALOGIA DE FALLOT, A SÍNDROME DO BEBÊ AZUL

CAMILA SOARES BARROS FERNANDES MEDEIROS[1]; KARLA MAVY PINTO CRONEMBERGER[1]; MARIANA NUNES MENDES[1]; TAYNNA OLIVEIRA MACHADO[1]; VINÍCIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

A Tetralogia de Fallot (ToF), conhecida como síndrome do bebê azul, é uma cardiopatia congênita cianótica que afeta 2 em cada 10 mil crianças, caracterizada pela estenose da valva pulmonar, hipertrofia ventricular direita, defeito no septo interventricular (DSV) e dextroposição da aorta, condições estas que levam a falta de oxigenação no sangue, por isso o bebê com cianose vai apresentar a pele com um tom azul e roxo. Algumas das manifestações da doença são o cansaço, diaforese, baqueteamento digital e atraso no desenvolvimento da criança. A policitemia nesses casos, é decorrente da hipóxia, que estimulou a medula óssea a produzir um maior numero de glóbulos vermelhos. Muito comum haver dispinéia, até mesmo nos mínimos esforços, devido a redução do fluxo pulmonar, que dependendo da situação, pode levar a episódios de perca de consciência. Visto que a Tetralogia de Fallot é um fator preocupante foi realizada uma pesquisa através de uma revisão bibliográfica a partir da análise de artigos científicos obtida na base de dados SCIELO e PUBMED. Para confirmar o diagnóstico, o exame físico e a anamnese são essenciais, juntamente com a ecocardiografia com Doppler, cateterismo cardíaco, angiorressonância nuclear magnética, angiotomografia e também o exame radiológico, que identifica o coração em forma de bota com proeminência do ventrículo direito, uma concavidade na região do trato do fluxo de saída do ventrículo direito e tronco da artéria pulmonar hipodesenvolvidos. Os bebês com ToF costumam apresentar sopro cardíaco, criado pelo fluxo sanguíneo turbulento passando pelas estruturas cardíacas anômalas. No tratamento é indicado primeiramente uma cirurgia paliativa, com o objetivo de aumentar o fluxo sanguíneo pulmonar, utilizando um tubo de enxerto, a técnica de Blalock – Taussing modificada, que consiste na anastomose arterial sistêmico-pulmonar. Em seguida um método definitivo, ocluindo o DSV por meio de um patch, geralmente de pericárdio bovino, e a via de saída do ventrículo direito poderá ser refeita através da abertura da válvula pulmonar e ressecção do infundíbulo.

DESCRITORES: Tetralogia de Fallot. Cianose. Blalock-Taussing

[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

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

CAMILA SOUSA CRISPIM DE QUEIROZ[1]; RAFAELLA PESSOA DE MORAIS[1]; RUI TORRES DE MEDEIROS FILHO[1]; VICTOR SMITH DE BRITO[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

A hiperplasia prostática benigna é uma das doenças mais comuns nos idosos, consistindo em uma patologia que possui um grande impacto na qualidade de vida do homem, pois afeta diretamente o trato urinário, além de prejudicar o padrão do sono e algumas atividades diárias do paciente. Alguns sintomas variam de homem para homem, como por exemplo, as sintomatologias apenas do trato urinário inferior com a ausência do crescimento prostático ou pacientes com considerável aumento da próstata e assintomáticos no que diz respeito a observação da alteração do fluxo de urina. Com isso, assumimos como objetivo descrever a fisiopatologia da hiperplasia prostática benigna, onde a metodologia utilizada para realização deste trabalho foi uma revisão bibliográfica dos achados sobre a temática. Deste modo, constata-se que na próstata encontra-se a ligação da via genital com o aparelho urinário. Com a obstrução do fluxo urinário decorrente da hiperplasia prostática benigna, pode acarretar manifestações clínicas relacionadas ao aumento progressivo da próstata, e essa obstrução pode ser causada por dois mecanismos: o estreitamento do lúmen uretral - descrito como obstrução estática e o aumento do tônus da musculatura lisa prostática - chamado de obstrução dinâmica. Trata-se de um processo hiperplásico no tecido glandular e fibro-muscular. Dentre todos os sintomas, vale a pena destacar que à medida que se acentua o crescimento da próstata, aumenta a resistência uretral, e diminui a capacidade de contração do detrusor, provocando a perda de força do jato urinário. Quando a obstrução é a causa subjacente, o detrusor realiza um esforço acrescido e sofre uma hipertrofia compensatória do músculo liso. Esse aumento da massa muscular provoca um aumento da pressão intravesical, o que conduz a instabilidade do detrusor. Nestas condições, existe uma redução da elasticidade e da compliance da bexiga, que se manifesta por redução da sua capacidade. Todavia, a etiologia e a patogênese da HBP ainda não estão completamente esclarecidas. Alguns dos principais fatores de risco para o seu desenvolvimento são idade, história familiar e níveis elevados de hormônios sexuais. Embora ainda não se saiba exatamente a fisiopatologia, por ser multifatorial, é possível que seja causada, entre outros fatores, pela disfunção hormonal que pode causar proliferação celular dos elementos glandulares e estromais, ou ainda diminuição da morte celular programada. Assim, é necessário o acompanhamento médico para monitoramento e tratamento adequado, que pode ser medicamentoso ou cirúrgico, a depender da especificidade do caso. É comum que haja a necessidade de tratar-se a infecção ou a retenção urinária antes de se tratar a hiperplasia prostática benigna.

DESCRITORES: Hiperplasia prostática benigna. Próstata. 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

DIABETES INSIPIDUS: UMA ABORDAGEM SUCINTA ACERCA DOS ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA

CAMILLA PEREIRA DARDIS[1]; MATHEUS AUGUSTO ALBUQUERQUE COSTA[1]; MILENA ELEN JULIÃO DO BÚ[1]; VINICIUS TRAJANO [2]

A Diabetes Insipidus é definida por uma patologia que consiste em uma deficiência na capacidade de concentração do filtrado urinário, resultando em um aumento do volume urinário e do desenvolvimento de urina hipotônica. A doença pode ser dividida em três tipos, que são eles: Diabetes Insipidus Central, Diabetes Insipidus Nefrogênica e Diabetes Insipidus Gestacional. O primeiro tipo tem como sua característica principal a alteração do funcionamento do hipotálamo e da hipófise, que compromete a produção e/ou liberação do hormônio antidiurético (ADH), ocasionando assim uma liberação maior de urina e na incapacidade dos rins de reterem a água filtrada. É possível que a Diabetes Insipidus Nefrogênica tenha sua causa originada de uma forma hereditária ou adquirida. Na hereditária o gene que tipicamente causa o distúrbio é recessivo e transportado no cromossomo X, um dos dois cromossomos sexuais, de forma que normalmente somente os homens desenvolvem os sintomas. Já a adquirida ocorre devido ao uso contínuo de algum medicamento, como por exemplo, o lítio, que bloqueia a ação da vasopressina. O tipo Gestacional ocorre devido a uma enzima produzida pela placenta, a vasopressinase, que degrada o hormônio ADH. A doença tem como seus principais sintomas a sede intensa, conhecida por polidipsia, e o aumento do volume diário de urina. Em casos de Diabetes Insipidus Nefrogênico, quando ocorrem de forma hereditária, os sintomas tendem a surgir logo após o nascimento. Em casos de desidratação, o paciente pode ter rapidamente uma baixa na pressão arterial e choque. Em relação ao diagnóstico, pode ser feito através de exames sanguíneos, de urina e principalmente pelo teste de privação hídrica. O tratamento para essa patologia central é feito a partir do uso da desmopressina, podendo ser administrada tanto por spray nasal, quanto na forma de comprimido ou injeção aplicada sob a pele ou veia. Além disso, existem outros medicamentos que estimulam a produção de vasopressina, como carbamazepina e clofibrato. Já no caso da patologia Nefrogênica, o tratamento é feito a partir de quantidades adequadas de água e dietas para diminuir o volume de urina, além de medicamentos como AINEs e diuréticos tiazídicos.

DESCRITORES: Diabetes Insipidus. Hormônio antidiurético. Filtrado 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

A IMPORTÂNCIA DO TOQUE RETAL

CARLOS SVENDSEN JUNIOR[1]; MAGNO BRANDÃO ALVES[1]; PAULO VALTER NÓBREGA SOARES[1]; PAULO VINÍCIUS FREITAS DE ARAÚJO[1]; DEIVID ALMEIDA COSTA[2]

O câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens no Brasil. Ele é responsável pela morte de 1 em cada 41 homens com a doença no país. O exame de próstata com o toque retal é de suma importância para o diagnóstico precoce da doença, que quando descoberto ainda na fase inicial, tem maiores chances de cura, especialmente com os métodos mais modernos de tratamento. A detecção do câncer de próstata pode ser feita por meio de exames de toque retal e o exame de sangue para avaliar a dosagem do PSA (antígeno prostático específico. Alguns pacientes costumam a imaginar que apenas o exame de sangue, conhecido como PSA, já é o suficiente para um diagnóstico do câncer de próstata ou outras doenças. No entanto, esse é um grande engano que muitos pacientes cometem. Este trabalho é uma revisão da literatura com o objetivo de expor os benefícios do toque retal. Foram utilizadas informações de bases de dados, como a Scientific Electronic Library Online - SciELO e a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. O toque retal é um exame primordial para homens que já passaram dos 40 anos, pois muitas vezes, é possível detectar alterações na próstata sugestivas de câncer, muito antes de ocorrer alterações do PSA (exame de sangue). O exame é muito simples: o médico urologista introduz o dedo indicador no canal anal do paciente e toca a próstata, que fica localizada na região à frente do reto. O procedimento dura apenas alguns minutos e o paciente sente apenas um leve desconforto. Além disso, o desconforto é atenuado pelo uso de géis que ajudam no deslize dos dedos. Para realizar o exame, o próprio médico vai recomendar que o paciente permaneça em uma posição confortável, mas que possibilite ao profissional fazer uma melhor avaliação do tamanho da próstata. Por medo, preconceito ou insegurança, muitos homens deixam de fazer o Exame de Toque Retal e a doença pode então se desenvolver apresentando os primeiros sintomas somente depois de vários anos, quando o tumor está maior, dificultando o tratamento. Contudo, é válido destacar que, ao fazer o exame do toque, o Médico Urologista consegue, de modo mais eficaz, sentir a consistência da próstata e identificar a presença de formações nodulares no órgão, que são sinais sugestivos de câncer, antes de ocorrer alteração do PSA. E, quanto mais precoce o diagnóstico, maior a chance de cura.

DESCRITORES: Toque Retal, Câncer de Próstata, HPB.

[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

DIAGNOSTICANDO COLECISTITE AGUDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

CHRYSTIAN SALES FERREIRA DE OLIVEIRA[1]; KALLYKE RUFINO BARBOSA DA SILVA[1]; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA[2]

A colecistite aguda litiásica, definida como uma inflamação aguda na vesícula biliar com presença cálculos biliares (colelitíase). Geralmente sendo consequência, ou não, da colelitíase, como complicação de um cálculo biliar. A colecistite aguda é definida pela presença de dor em quadrante superior direito de abdome, ou região do hipocôndrio direito. Dentre os sinais e sintomas podemos destacar febre baixa e náuseas. Geralmente a doença acomete pacientes adultos, pois possui a idade como fator de risco que viabiliza o surgimento da doença. Existem outros fatores como ser do sexo feminino, o aumento de colesterol indicando sinal de obesidade e gestações anteriores. Objetivo: Esse estudo tem como objetivo discorrer acerca de como pode se desenvolver e obter um diagnóstico de colecistite em pacientes pediátricos, em razão de ser uma doença que acomete na maioria das vezes, pacientes adultos. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica indexada em 2020 por acadêmicos do 2º período de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, realizada a partir das plataformas científicas em saúde, como a ScieELO, artigos científicos online, e livros-texto. Resultados e discussões: A ultrassonografia é o exame inicial e permite a identificação de alterações que não são visíveis no exame físico e permite uma classificação. É considerado o exame “ouro” nesses casos. Tem alta sensibilidade para a detecção de cálculos e o espessamento da parede que é considerado anormal quando maior que 4 mm. Também pode haver visualização de líquido perivesicular, distensão da vesícula, cálculos impactados no infundíbulo e o sinal de Murphy ultrassonográfico. Este sinal é relatado quando, após a identificação da vesícula inflamada, o ultrassonografista comprime o abdômen na topografia da mesma com o transdutor e o paciente refere dor intensa, esta sim seria a forma ideal de se diagnosticar a colecistite pediátrica. Considerações finais: Levando-se em consideração a dificuldade diagnóstica da colecistite aguda em pacientes pediátricos dada a inespecificidade clínica e dos exames laboratoriais e por ser rara patologia da vesícula e vias biliares na criança e no adolescente, além do exame de ultrassonografia e sinal de Murphy, uma conclusão diagnóstica se daria através da dor abdominal em idade pediátrica.

DESCRITORES: Colecistite Aguda. Colecistite Infantil. Colecistite Pediátrica.

[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

DIAGNOSTICANDO COLECISTITE AGUDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

CHRYSTIAN SALES FERREIRA DE OLIVEIRA[1]; KALLYKE RUFINO BARBOSA DA SILVA[1]; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA[2]

Introdução: A colecistite aguda litiásica, definida como uma inflamação aguda na vesícula biliar com presença cálculos biliares (colelitíase) sendo consequência, ou não, da colelitíase, como complicação de um cálculo biliar. A colecistite aguda é definida pela presença de dor em quadrante superior direito de abdome, ou região do hipocôndrio direito outros sinais e sintomas podemos destacar febre baixa e náuseas. Geralmente a doença acomete pacientes adultos, pois possui a idade como fator de risco que viabiliza o surgimento da doença. Existem outros fatores como ser do sexo feminino, o aumento de colesterol indicando sinal de obesidade e gestações anteriores. Objetivo: Esse estudo tem como objetivo discorrer acerca de como pode se desenvolver e obter um diagnóstico de colecistite em pacientes pediátricos, em razão de ser uma doença que acomete na maioria das vezes, pacientes adultos. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica indexada em 2020 por acadêmicos do 2º período de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, Como instrumento utilizado para obtenção de dados bibliográficos acerca da temática, consultou-se as bases de dados: Scielo (Scientific Eletronic Library Online), PubMed e Medline, entre o período de 2010 a 2020. Resultados e discussões: A ultrassonografia é o exame inicial e permite a identificação de alterações que não são visíveis no exame físico e permite uma classificação. É considerado o exame “ouro” nesses casos. A ultrassonografia tem alta sensibilidade para a detecção de cálculos e o espessamento da parede que é considerado anormal quando maior que 4 mm. Também pode haver visualização de líquido perivesicular, distensão da vesícula, cálculos impactados no infundíbulo e o sinal de Murphy ultrassonográfico. Este sinal é relatado quando, após a identificação da vesícula inflamada, o ultrassonografista comprime o abdômen na topografia da mesma com o transdutor e o paciente refere dor intensa, esta sim seria a forma ideal de se diagnosticar a colecistite pediátrica. Considerações finais: Levando-se em consideração a dificuldade diagnóstica da colecistite aguda em pacientes pediátricos dada a inespecificidade clínica e dos exames laboratoriais e por ser rara patologia da vesícula e vias biliares na criança e no adolescente, além do exame de ultrassonografia e sinal de Murphy, uma conclusão diagnóstica se daria através da dor abdominal em idade pediátrica.

DESCRITORES: Colecistite Aguda. Colecistite Infantil. Colecistite Pediátrica.

[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

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA ENFISEMA PULMONAR

CIRILO AKIRA ARAÚJO YAMAUCHI[1]; LUCAS BRAGA PINHEIRO[1]; LUMA BARROS MACEDO FURTADO[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

O enfisema pulmonar,que é uma doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC),e que se contrai a partir da exposição a gases e de origem genética, a qual acomete o sistema respiratório por meio da inalação de substâncias como o tabaco.Esta doença é uma condição crônica e se caracteriza pela destruição tecidual dos pulmões, ocorrendo uma dilatação permanente dos espaços aéreos distalmente aos bronquios. O estudo apresentado tem como objetivo explicar os aspectos fisiopatológicos da doença em questão,assim como elencar o tratamento e o prognóstico de evolução do enfisema pulmonar.O trabalho foi feito com base em revisão bibliográfica pesquisadas no banco de dados do SciELO,Medline/Pubmed, além de livros-texto de medicina.Pacientes acometidos pelo enfisema pulmonar sofrem pela destruição dos alvéolos pulmonares destruídos pela presença de gases tóxicos,ocorrendo então uma má filtração de oxigênio,além de provocar a falta de ar,um inchaço na região torácica,pois os pulmões se expandem excessivamente em decorrência da falta de ar,tosse crônica,perda de peso, secreção de cor esverdeada ou amarelada e sibilos durante a respiração,os quais ocorrem devido a uma inflamação no canal respiratório.Além disso,devido a morte dos alvéolos pulmonares,os pulmões podem começar a se degradar,atraindo macrófagos para os próprios,o que acaba gerando infecções nos pulmões,e assim gerando secreção,hemoptise e defeitos no transporte de oxigênio.

O tratamento deve ser feito a base de medicamentos diários para expandir as vias aéreas, como broncodilatadores e corticóides inalatórios,sendo também muito importante a adoção de hábitos de vida saudáveis, principalmente evitando o fumo. Outros tratamentos incluem a administração de vacinas,como a N-acetil-cisteína,que pode ser indicado em muitos casos, devido às suas propriedades antioxidantes e redutora de muco,e a vacina antifluenza,que impede a infecção de outros vírus. Vale lembrar que o Enfisema não possui uma cura,então tais procedimentos são usados para reduzir os sintomas.

Sabe-se que a doença é irreversível, e um bom prognóstico vem decorrente de um bom tratamento adequado.Sendo uma condição irreversível, como dito anteriormente, podendo também haver uma pequena recuperação da função pulmonar, isso aconteceria com a interrupção do tabagismo vindo por parte do paciente junto com a diminuição e a exposição dos cigarros;

Também poderia ser muito útil para melhora da qualidade vida do paciente seria a reabilitação pulmonar. Em situações mais graves, a doença levaria a morte.

DESCRITORES: Enfisema.Tratamento.Prognostico.

[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 CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

CLARISSA SOPHIA COUTINHO DE SOUZA ALEXANDRINO [1]; DÁVILA RUAMA SOUSA SILVA [1]; ELLEN DA COSTA ARAÚJO[1]; CIBELLE CABRAL DAVID[2]

A hepatite B é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da hepatite B (HBV). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 2 bilhões de indivíduos tenham sido infectados, destes, 240 milhões portadores da hepatite B crônica. A forma mais frequente de transmissão é a via sexual. A infecção pode causar hepatite aguda ou crônica. Enfatiza-se a importância da revisão das literaturas mais atuais, para um maior conhecimento a cerca da progressão da doença no Brasil. O presente estudo teve como objetivo revisar os aspectos clínicos da infecção causada pelo vírus da hepatite B na fase crônica. Foi realizada uma revisão de literatura, utilizando-se os seguintes descritores em saúde: hepatite B crônica, imunização e HBV; nas bases de dados Scientific ElectronicLibrary Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) de publicações entre o período de 2016 e 2020.A distribuição da doença no Brasil é heterogênea, devido à dificuldade ao acesso aos serviços de saúde de grupos residentes em áreas silvestres. Em áreas endêmicas, a infecção predomina entre as crianças. Já em áreas de baixa endemicidade, os mais afetados são os adolescentes e adultos, devido à transmissão pelo ato sexual e uso de drogas injetáveis. A partir da década de 90 observou-se um declínio da infecção no Brasil, esse fato justifica-se pela maior disponibilidade de uma vacina eficaz, de produção nacional autossuficiente. A infecção é dividida em: fase imunotolerante, fase imunorreativa, estado de portador inativo, fase de reativação e fase HbsAgnegativa. Quando presentesos sintomas dos portadores de hepatite B crônica, são inespecíficos, predominando fadiga, mal-estar geral. O diagnóstico precoce permite o tratamento apropriado, além de prevenir complicações como cirrose e o carcinoma hepatocelular.O tratamento objetiva reduzir a progressão da doença hepática, os níveis de HBV-DNA, níveis de aminotransferases e marcadores sorológicos são parâmetros para avaliar a terapêutica de longo prazo. Diante do exposto, pode-se observar a importância do enfoque na prevenção e assistência de qualidade para o controle e combate dessa infecção. Além disso, enfatiza-se a importância das campanhas de vacinação e o incentivo ao uso do preservativo durante as práticas sexuais.

DESCRITORES: Hepatite B crônica.Imunização.HBV.

[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

COLELITÍASE EM CRIANÇAS PORTADORAS DE ANEMIA FALSIFORME

DANIELLE GRACIELLA MENDES DOS SANTOS[1]; MARIA ANTÔNIA MARIZ MAIA ARAÚJO[1]; PATRÍCIA DANTAS MURAD[1]; TEREZA RAFAELA MOREIRA DE SÁ[1]; VINICIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

A colelitíase é uma doença rara em crianças e adolescentes caracterizada pela presença de cálculos na vesícula biliar, formados a partir da cristalização do líquido contido nela. Esta patologia pode ser associada à anemia falciforme, tendo em vista que até 50% dos jovens falciformes têm complicações digestivas relacionadas a colelitíase e à presença de barro biliar. O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão bibliográfica sobre a colelitíase e sua relação com pacientes infantis portadores da anemia falciforme. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando artigos originais na base de dados SCIELO. Foram consideradas referências publicadas até a presente data, nas línguas portuguesa e inglesa. Isto posto, é relevante destacar que a anemia falciforme é uma condição hereditária de caráter recessivo, em que há uma alteração na síntese de hemoglobina, resultando em quadros como hemólise crônica, vulnerabilidade à infecção e disfunção de diversos órgãos, como a vesícula biliar. Portanto, estima-se que a frequência das complicações digestivas em pacientes falciformes é de maior impacto em crianças de 5 anos de idade, aumentando progressivamente conforme a idade. Em relação a colelitíase em falciformes, correlaciona-se ambas doenças com a formação de cálculos biliares pigmentados através da destruição precoce dos eritrócitos falcizados, acúmulo de seus precursores (ferro, vitamina B12 e ácido fólico) e precipitação dos sais biliares. Assim, destaca-se a hemólise como a principal causa de colelitíase em crianças e adolescentes. Os sintomas são dor abdominal no hipocôndrio direito e/ou epigástrio podendo irradiar para o ombro direito e costas, náuseas, vômitos, intolerância a alimentos com alto teor de gordura. Nessa situação, o diagnóstico do quadro pode ser feito tanto na fase sintomática quanto assintomática, por meio de ultrassonografia abdominal, detectando a dilatação da vesícula e suas vias, embora mais da metade dos casos no momento do diagnóstico não apresentam sintomas. A melhor forma de tratamento é a colecistectomia para a colelitíase sintomática, já na sua fase aguda preconiza-se tratamento conservador, utilizando antibióticos, hidratação e correção das complicações eletrolíticas buscando aliviar os sintomas do paciente, e, após esta etapa, é realizado o procedimento cirúrgico, a colecistectomia.

DESCRITORES: Colelitíase. Anemia falciforme. Criança

[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

MOSTRA DE TUTORIA CASO HEPATITE B

DARYEL CARVALHO DOS SANTOS[1]; PEDRO HENRIQUE DE ARAÚJO[1]; SUEVERTON MARIANO MENDONÇA [1]; THIAGO HERCÍLIO MAIA DA SILVA[1]; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA[2]

As infecções pelo vírus da hepatite B têm distribuição mundial. Existem mais de 250 milhões de portadores assintomáticos da doença no mundo, não existindo um padrão de sazonalidade das infecções pelo vírus. Algumas ocupações ou comportamentos tornam o indivíduo mais suscetível do que a média da população, quais sejam, usuários de drogas injetáveis, profissionais da saúde e paciente submetidos constantemente a certos tratamentos. A Hepatite B, conhecida também por hepatite por soro homólogo, consiste de um processo inflamatório agudo do fígado, provocado pelo vírus da Hepatite B (HBV), um vírus DNA de fita dupla, classificado na família Hepadnaviridae, gênero Orthohepadnavirus. A infecção pelo vírus da hepatite B induz uma superprodução de proteínas de superfície que são secretadas como partículas lipoproteicas, na forma esférica ou na forma de filamentos. É transmitido pelo sangue, durante o nascimento, e por relação sexual. O dano hepatocelular deve-se ao ataque imune por células T (CD8) citotóxicas. Complexos antígeno-anticorpo causam artrite, erupção e glomerulonefrite. Aproximadamente 5% das infecções por HBV resultam em estado de portador crônico. Hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular podem ocorrer. O carcinoma hepatocelular pode estar relacionado à integração de parte do DNA viral no DNA do hepatócito. O Diagnóstico laboratorial HBV não foi cultivado em cultura celular. Três testes sorológicos são comumente utilizados: antígeno de superfície (HBsAg), anticorpo de superfície (HBsAb) e anticorpo cerne (HBcAb). A detecção de HBsAg por mais de seis meses indica estado de portador crônico. A presença de antígenos e é indicativa de presença de portador crônico que está produzindo vírus infecciosos. A presença de antígenos e consiste em um importante indicador de transmissibilidade. Um indivíduo infectado por HBV, que não apresenta antígenos HBs ou anticorpos HBs detectáveis, é referido como apresentando-se na fase de “janela”. O diagnóstico desse paciente é realizado a partir da detecção de anticorpos cerne de HB. O tratamento é feito com a utilização do Interferon alfa e lamivudina, um inibidor da transcriptase reversa, podem reduzir a inflamação associada à hepatite B crônica, porém não curam o estado de portador. A prevenção existe três abordagens principais: (1) a vacina que contém HBsAg como imunógeno, (2) globulinas séricas hiperimunes obtidas de doadores com altos títulos de HBsAb e (3) orientação dos portadores crônicos quanto às precauções.

DESCRITORES: Hepatite B, Interferon alfa, Lamivudina.

[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 DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (TAB) DO TIPO I

DAVI NUNES BATISTA[1]; LARISSA MARINHO COSTA CARNEIRO MACIEL[1]; VANESSA MARINHO COSTA CARNEIRO MACIEL[1]; SOLIDONIO ARRUDA SOBREIRA[2]

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)) é uma doença crônica grave caracterizada pela alternância entre episódios de depressão, mania ou hipomania. Segundo a OMS (2001), o TAB afeta cerca de 1,6% da população, representando uma das principais causas de incapacitação mental do mundo. A doença acarreta grande sofrimento, repercutindo negativamente no trabalho, lazer e afetividade dos pacientes. Ademais, possui diagnóstico difícil e delongado, cuja definição se baseia nos sintomas e critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). Este transtorno pode ser classificado em dois tipos, quais sejam: O TAB do tipo I é o mais severo, sendo definido pela história de episódios depressivos e, pelo menos, um episódio maníaco completo; e o tipo II, o mais brando, é caracterizado por antecedentes de episódios depressivos graves e, pelo menos, um episódio de hipomaníaco, sem nenhum episódio maníaco completo. Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre a fisiopatologia e o tratamento do TAB, especialmente do tipo I, com o intuito de fornecer uma exposição sobre o tema. Metodologia: realizou-se a pesquisa de artigos originais indexados às bases de dados Scielo e Google Acadêmico, bem como publicações eletrônicas corporativas especializadas no tema. Os descritores utilizados foram “Depressão Bipolar”, “Psicose Afetiva Bipolar” e “Psicose Maníaco-Depressiva”. Foram considerados artigos publicados em língua portuguesa, desde o ano de 2004 até 2020. Resultados e discussão: embora a exata fisiopatologia permaneça indeterminada, as primeiras evidências indicavam alterações no sistema de neurotransmissão das aminas biogênicas. Mais recentemente, demonstrou-se que o TAB pode estar relacionado a defeitos nas rotas de sinalização intracelular e alterações na expressão gênica. Como resultado, os circuitos reguladores do humor ficam comprometidos, a exemplo daqueles do sistema límbico, estriado e córtex pré-frontal. Todavia, o uso contínuo de estabilizantes do humor, como o lítio, pode reverter esse processo. O lítio é a droga de primeira escolha para o tratamento da mania. Porém, o tratamento do TAB também inclui o uso de antipsicóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes, como o valproato e a carbamazepina. Considerações finais: o tratamento dos transtornos do humor deve considerar não apenas a gravidade do quadro, mas também as expectativas e desejos do paciente a fim de melhorar a aderência. Além do arsenal farmacológico, outras estratégias terapêuticas incluem a psicoterapia, grupos de apoio, fototerapia e eletroconvulsoterapia para a mania grave. O tratamento de longo prazo também impõe um bom relacionamento e trabalho cooperativo entre médico, paciente, família e cuidador.

DESCRITORES: Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) do Tipo I. Transtorno Maníaco-Depressivo. Psicose Maníaco-Depressiva

[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

FISIOPATOLOGIA E ASPECTOS CLÍNICOS DO DIABETES INSIPIDUS: UMA ANÁLISE INTEGRATIVA

DÉBORA LAIANY LIMA GOMES[1]; MARIA BEATRIZ MARIZ MAIA DE FREITAS[1]; MARIA HELANNE ROSA MARTINS[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

O diabetes insipidus nefrogênico (DIN) é uma doença rara caracterizada pela incapacidade do rim de concentrar a urina, a despeito de concentrações normais ou aumentadas do hormônio antidiurético arginina-vasopressina (AVP), o DIN pode ser herdado ou adquirido e é caracterizado pela incapacidade de concentrar urina apesar das concentrações plasmáticas normais ou elevadas do AVP. Poliúria , com hipostenúria e polidipsia são as manifestações clínicas cardinais da doença. Outrossim, a partir da clonagem e sequenciamento do receptor V2 da vasopressina (AVPR2) e dos canais de água, principalmente do canal de água aquaporina 2 (AQP2), os estudos dos eventos celulares e moleculares que controlam as ações do hormônio antidiurético permitem a aplicação desses conhecimentos para minimizar as complicações do diabetes insipidus nefrogênico. Objetivo: Realizar uma análise clínica da diabetes insipidus com foco nos seus aspectos fisiológicos e clínicos. Metodologia: Como instrumento utilizado para obtenção de dados bibliográficos acerca da temática, consultou-se as bases de dados: Scielo (Scientific Eletronic Library Online), PubMed e Medline, entre o período de 2005 a 2020. Utilizou-se como descritores: “diabetes insipidus nefrogênico”,” função renal”, “vasopressina”, de acordo com os Descritores em Ciências e da Saúde (DeCS). Resultados e discussões: Com base na análise de estudos, observa-se que a diabetes insipidus nefrogênico pode desenvolver-se através da hereditariedade, pois a herança é ligada ao cromossomo X, manifesta-se desde o nascimento, devido a expressão defeituosa do V2R, que é um receptor do ADH normalmente presente nos túbulos renais; medicamentos ou distúrbios que afetam os rins, quando os túbulos renais não respondem à vasopressina e são incapazes de reabsorver a água filtrada para o organismo, ocorrendo devido os danos causados no hipotálamo ou haste hipofisária, provocado por várias doenças; essa deficiência ocorre pela destruição extensa dos neurônios produtores de AVP, como há a redução desse neurônios, a osmolaridade urinária é diminuída, consequentemente, há o aumento do fluxo urinário. O diagnóstico da patologia baseia-se em exames de urina e sangue, geralmente os pacientes apresentam polidipsia, que é o excesso de sede e poliúria, na qual ocorre o aumento na produção de urina, que será bastante diluída. Considerações finais: Sobre seu tratamento, em casos leves e moderados podem ser controlados com dieta pobre em sal, e uso de alguns diuréticos tiazídicos, anti-inflamatórios e outros remédios. Já em casos mais graves, e de causa central, pode ser necessária a reposição do ADH.

DESCRITORES: Diabetes insipidus nefrogênico. Função renal. Vasopressina.

[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

TRANSMISSÃO CONGÊNITA DA HEPATITE B

DIEGO SOARES DA NÓBREGA SILVA[1]; ISLÂNEA PACHECO DA SILVA[1]; RHAYZZA HALANA ALVES SANTOS[1]; VINICIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

A hepatite B é uma doença causada por vírus (VHB) que ocasiona a inflamação do fígado, ela atinge entre 250 a 300 milhões de indivíduos em todo o mundo, a incidência da via sexual é predominante com 70% dos casos, mas cerca de 5 a 10 % é através da via congênita, onde se transmite da mãe para feto, no meio intrauterino através da passagem transplacentária, esse modo é a principal forma de transmissão em países com alta prevalência. Além da transmissão intrauterina, 95% dos casos em recém nascidos acontece pela via perinatal, pela exposição da criança a fluidos e sangue infectados durante o trabalho de parto ou no período do pós-parto. Na transmissão vertical, o risco de infecção aumenta com o avançar da gestação e por isso é de fundamental importância a triagem sorológica em gestantes. Já que, é através da identificação precoce da doença, por meio de seu rastreio no período pré-natal que dará a possibilidade da realização dos protocolos preconizados. A prevenção da transmissão congênita é feita a partir de imunoprofilaxia, através da vacinação e da imunoglobulina hiperimune, caso seja necessário. Não se realizando a profilaxia, mais de 90% dos casos tornam-se pacientes crônicos. A obrigatoriedade da vacinação foi implementada no programa nacional de vacinação em 1998. Dessa forma, o Ministério da Saúde recomenda que todos os recém-nascidos sejam vacinados nas primeiras vinte quatro horas de vida. Esse intervalo de tempo se da devido à alta eficácia na prevenção da transmissão congênita. É importante ressaltar que, para crianças nascidas de mães HBsAg positivo, além da vacina, deve-se fazer a administração da imunoglobulina Anti-hepatite B. Sendo que a vacina deve ser feita em três doses, em diferentes partes do corpo. Caso a criança pese menos de 2000g, deve-se administrar uma quarta dose. Dessa forma, é necessária uma extrema atenção na identificação da doença e manejo tanto da mãe quanto do filho infectado, já que esta forma de infecção da hepatite B, ainda hoje, promove grande impacto no cenário da saúde brasileira.

DESCRITORES: Congênita. Transmissão. 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

O USO DO LICOPENO COMO AGENTE ANTIOXIDANTE NA PREVENÇÃO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA

DOMINICK FARIAS DE OLIVEIRA XEREZ[1]; ÉRICA LUDMILA CRUZ BARROS[1]; MARÍLIA FERRAZ LEITE[1]; VANESSA MARIA GONÇALVES DOS SANTOS[1]; VINÍCIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

Em todo o mundo as recomendações dietéticas destacam o consumo de frutas e hortaliças como estratégia para prevenção de doenças e conservação da saúde, devido esses, conterem macronutrientes, micronutrientes e fibras, além de compostos químico que se destacam por suas propriedades antioxidantes, como no caso o licopeno. O licopeno atualmente aparece como um dos mais potentes antioxidantes por proteger moléculas como lipídios, lipoproteínas de baixa densidade (LDL), proteínas e DNA. Este é encontrado em alimentos que fazem parte da dieta habitual da cultura alimentar mundial, é acessível do ponto de vista econômico e mantém suas propriedades antioxidantes após ser processado por até doze meses sob condições atmosféricas normais. Diante de uma revisão literária, o presente estudo tem como objetivo destacar os efeitos do licopeno na prevenção da hiperplasia prostática benigna (HPB), que é uma condição caracterizada pelo aumento da próstata sendo o tumor benigno mais comum no homem. Com o avançar da idade é normal que a próstata aumente de tamanho, porém nem todos os homens terão sintomas urinários. Os sintomas só vão surgir, quando esse crescimento comprimir a uretra, canal da urina, dificultando o esvaziamento da bexiga, resultando em sintomas como jato urinário fraco e aumento no número de idas ao banheiro. Tal patologia é comum e com alta morbidade em idosos. As causas da HPB ainda são desconhecidas. Todavia, acredita-se que vários fatores contribuam para o seu surgimento, tais como: histórico familiar, idade, existência de níveis elevados de hormônios masculinos (testosterona), alterações genéticas e estilo de vida. Diversos estudos epidemiológicos têm associado o aumento do consumo de licopeno com a diminuição do câncer de próstata e da HPB. Neste estudo foi avaliado a influência do licopeno no ciclo celular e apoptose em células de carcinogênicas e prostáticas. Em conclusão, o licopeno promoveu uma redução no PSA e inibição da viabilidade celular tumorgênicas.

DESCRITORES: Licopeno. Hiperplasia prostática. Prevenção

[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 PERSONALIZADO PARA PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA DE ACOROD COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

DWYNDSON JADSON MOURA ALMEIDA[1]; GIULIANNA SOUTO WANDERLEY[1]; MANOEL LUCAS COSME SIMÃO[1]; NATHÁLIA QUEIROZ GALDINO MANGUEIRA[1]; DEIVID ALMEIDA DA COSTA[2]

A esclerose múltipla (EM) é doença autoimune desmielinizante, inflamatória, crônica que afeta o sistema nervoso central (SNC) caracterizado por episódios recorrentes de disfunções neurológicas com remissão variável, em que quando não bem acompanhado de um tratamento singular, pode acarretar em sequelas significativas para a qualidade de vida do paciente. Nesse prisma, a etiologia dessa enfermidade, ainda, não está bem definida, mas a hipótese patogênica é que a EM seja fruto de uma relação com uma determinada predisposição genéticos e um desconhecido fator ambiental, os quais ao se manifestar num indivíduo, origina uma disfunção no sistema imunológico, o qual ataca a substância branca, com perda de oligodendrócitos e de mielina, assim, ocasionando danos às fibras nervosas com sua desmielinização, a qual afetara os impulsos nervosos. Esse comprometimento nos impulsos resulta em fadiga e fraqueza muscular, em que os músculos não recebem os impulsos nervosos, isso implicará em movimentos físicos limitados, que juntamente com outas complicações decorrentes da EM pode surgir outras doenças, como a depressão. Desse modo, para combater as possíveis complicações e buscar a melhora ou manter a qualidade de vida do paciente, é imprescindível o labor de enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e o apoio de pessoas próximas ao paciente. Portanto, este trabalho é uma revisão da literatura e tem o fito de descrever os aspectos do tratamento aos portadores de esclerose múltipla com ênfase no diagnóstico de enfermagem na mobilidade física prejudicada. Nesse prisma, foram utilizadas informações extraídas de bases de dados nacionais e internacionais, como a Biblioteca Virtual em Saúde - BVS – e a Scientific Electronic Library Online – SciELO -, além de palavras-chave relacionadas à esclerose múltipla, diagnóstico e tratamento, todos catalogados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O tratamento para a esclerose múltipla não é único e vária de caso a caso. Todavia, estudos de diagnóstico de enfermagem (DE), principalmente, com ênfase na mobilidade física prejudicada do paciente, possibilita aos profissionais realizarem um planejamento dos cuidados e de assistência qualificada, de acordo com um documento com dados de vários pacientes que enfrentam a mesma enfermidade, assim, podendo realizar avaliações do tratamento e do seu progresso.

DESCRITORES: Esclerose múltipla. 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

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

EDUARDO GURGEL FERNANDES[1]; REBECA SOUZA DE MEDEIROS[1]; RICARDO AMADEU DE MEDEIROS FILHO[1]; VINÍCIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

Hiperplasia prostática benigna (HPB) é caracterizada pelo crescimento nodular da próstata pela ação do hormônio testosterona, sendo o tumor benigno mais frequente no sexo masculino e a enfermidade mais comum da próstata. Com base em estudos de necropsia, a prevalência de HPB aumenta de 8% em homens com 31 a 40 anos de idade para de 40 a 50% em homens com 51 a 60 anos e para mais de 80% em homens que estão acima dos 80 anos de idade. Manifestações clínicas por crescimento benigno da próstata promovem aparecimento de sintomas urinários que geram impacto negativo na qualidade de vida da população masculina. Estima-se em 30% a chance de um homem, durante sua vida, necessitar tratar sintomas decorrentes da HPB e, aproximadamente 10% de ser submetido a tratamento cirúrgico. Como método de diagnóstico da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), alguns exames podem ser realizados com intuito de confirmar a patologia. Com o exame retal, os médicos geralmente podem determinar se ela está aumentada. Os médicos inserem um dedo com luva e lubrificado no reto. A próstata pode ser sentida logo à frente do reto. Na urofluxometria, as vezes pode ser utilizada para medir a força do jato urinário. Com isso também pode ser considerado um exame para diagnóstico. Imediatamente após a urofluxometria, os médicos realizam um exame de ultrassom da bexiga para determinar o quanto a bexiga foi esvaziada. Ambos os testes ajudam a diagnosticar a presença e gravidade da obstrução urinária. A HPB é uma condição comum em homens idosos e os sintomas são mais comuns com a idade. Anteriormente tratado principalmente por urologistas, as diretrizes agora enfatizam uma abordagem de atenção primária. Deste modo, os profissionais de saúde devem considerar a complexidade da doença potencialmente subjacente ao avaliar e tratar homens com HPB. Portanto, a base do tratamento são os bloqueadores alfa-adrenérgicos farmacológicos e os inibidores da 5-alfa redutase, mas os resultados obtidos na ressecção transuretral da próstata ainda são considerados terapia padrão.

DESCRITORES: Hiperplasia Prostática Benigna. Tratamento. Terapias.

[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 DA EMBOLIZAÇÃO NO TRATAMENTO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: REDUÇÃO DE RISCOS E MELHORA NA QUALIDADE DE VIDA

ELIELSON FELIX GONÇALVES[1]; PEDRO VICTOR SANTANA ALVARENGA[1]; TAMIRES DE ALEXANDRIA MATIAS[1]; ZADES LIRA RIBEIRO FILHO[1]; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES[2]

A Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) resume-se ao aumento da glândula da próstata, fenômeno que ocasiona uma obstrução da uretra, de forma a diminuir ou interromper o fluxo de urina. Essa patologia é prevalente em homens, obtendo uma relação direta com o envelhecimento, fatores genéticos e presença de hormônios sexuais, de modo a causar um impacto expressivo na qualidade de vida. Diante de uma revisão literária, o presente trabalho tem por objetivo demonstrar o uso alternativo da embolização no tratamento da hiperplasia prostática benigna, terapêutica minimamente invasiva com riscos reduzidos e alta eficácia. Para isso, foram analisados artigos científicos da base de dados Scielo, e os livros Urologia Básica: Curso de Graduação Médica e Urologia Geral de Smith e Tanagho, os quais relatam estudos realizados em diversos países que demonstram a eficácia e seguridade do novo tratamento na intervenção terapêutica como alternativa frente aos métodos usualmente adotados pela classe médica mundial. A pesquisa realizada mostrou que a embolização é um procedimento semelhante ao cateterismo, não havendo a necessidade de internação. Destarte, com uma anestesia local, um cateter (tubo flexível) de 2 milímetros de diâmetro é introduzido na artéria femoral na região da virilha e, sob a orientação de um aparelho que emite raios X, esse tubo navega até a região prostática, onde uma substância feita de resina acrílica é injetada dentro da próstata com o objetivo de reduzir a circulação sanguínea no local. Dessa forma, a passagem fica parcialmente bloqueada e a próstata tem uma redução de 30% a 40% do seu tamanho, o que alivia a obstrução da uretra e permite a passagem da urina sem dificuldade. Nesse contexto, a embolização pode substituir os remédios e o procedimento cirúrgico, favorecendo assim a redução de riscos associados e promovendo melhoria na qualidade de vida. Entretanto, pacientes com câncer de próstata, insuficiência renal ou com doenças que alterem o funcionamento da bexiga são contraindicados para o procedimento de embolização. Ademais, no Brasil, o procedimento de embolização foi aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, desde que indicado por um urologista e realizado por um radiologista.

DESCRITORES: Hiperplasia Benigna da Próstata. Embolização Terapêutica. Cateterismo Periférico.

[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

DPOC ENFISEMATOSA: "PINK PUFFERS" E TABAGISMO

ENZO MALVEIRA NUNES MACIEL[1]; LETÍCIA JOYCE SANTOS DA SILVA[1]; PRISCILA MARIA RODRIGUES ARAÚJO[1]; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA[2]

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) enfisematosa está associada a um grupo de doenças caracterizadas por limitação do fluxo aéreo não totalmente reversível e progressiva e a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou de gases nocivos devido à destruição do parênquima pulmonar. Isso leva à perda de superfície respiratória e à diminuição da retração elástica pulmonar – características do fenótipo “rosado”, ou “pink puffers”. Assim, essas alterações reduzem a capacidade das vias aéreas de permanecer abertas durante a expiração, acarretando prejuízos na mecânica respiratória e na musculatura periférica. Portanto, objetivou-se analisar, neste trabalho, como o ambiente pode influenciar no desenvolvimento de doenças pulmonares graves e, especialmente, obstrutivas. Logo, para realização desta revisão bibliográfica, utilizaram-se plataformas virtuais de pesquisa (SciELO, PubMed, LILACS) com os seguintes descritores: DPOC, enfisema, obstrução das vias respiratórias, problemas respiratórios, tabagismo. A DPOC enfisematosa divide-se em 4 subtipos principais: centroacinar – relacionada ao tabagismo –, paracinar, parasseptal e irregular. A princípio, deve-se compreender o enfisema como resultado de um desequilíbrio de fatores agressores e mantenedores da mucosa pulmonar, resultado em um quadro de degradação alveolar que provoca aumento da capacidade pulmonar simultânea à redução da capacidade de expulsão do ar inspirado – como observado pela diminuição da curva de expiração forçada no espirograma. O ambiente exerce grande influência na gênese desse desequilíbrio, uma vez que a exposição a fatores de risco, como o tabagismo e agentes irritantes aerossóis, se mostra recorrente no diagnóstico dessa enfermidade. Assim, o histórico do paciente e a espirometria tornam-se essenciais na diagnose patológica, porquanto torna-se necessário fazer uma anamnese para reconhecer a causa de origem da doença e, portanto, traçar um plano terapêutico adequado, comumente atrelado a corticosteroides, broncodilatadores e, em casos graves, cirurgia pulmonar. Dessa forma, é de extrema necessidade um acompanhamento profissional completo para a recuperação do paciente, utilizando-se de uma equipe multiprofissional para tratar os efeitos fisiológicos da doença e para desenvolver um processo de reabilitação psicológica – em especial nos pacientes tabagistas, visto que esta comorbidade exige um acompanhamento adequado para lidar com os efeitos da abstinência.

DESCRITORES: DPOC. Enfisema. Tabagismo.

[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 USO DE SUPLEMENTOS NATURAIS E A PREVENÇÃO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

ÉRICA SAMPAIO FREITAS[1]; JÉSSICA LETÍCIA BARRETO REVOREDO[1]; LARISSA SANTOS MAGALHÃES[1]; RUANA TÂMARA BARBOSA DE ALENCAR ARAÚJO[1]; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES[2]

A hiperplasia prostática benigna consiste no aumento benigno da glândula prostática. Tal patologia está associada às mudanças hormonais que ocorrem com o avanço da idade, sendo comum em idosos. A qualidade de vida dos pacientes é fortemente afetada, em razão de sintomas como a polaciúria, esforço miccional, gotejamento pós-micção, noctúria, entre outros. Nessa perspectiva, é essencial atentar para os recentes estudos acerca da sua prevenção, sobretudo mediante suplementos naturais, como a vitamina D e a semente de abóbora. O ponto chave para o desenvolvimento de estudos acadêmicos sobre a influência da vitamina D na próstata foi a comprovação de que as células prostáticas conseguem metabolizar a vitamina D localmente, sustentando a pressuposição das ações de 1,25(OH)2D - forma ativa da vitamina D- tanto na regulação da atividade secretora quanto na divisão e diferenciação celular. Sendo assim, a forma ativa da vitamina D desempenha funções protetores no tecido prostático através da regulação da transcrição de vários genes envolvidos com os processos de apoptose e diferenciação celular. Outras hipóteses se baseiam na maior incidência da hiperplasia prostática em indivíduos propícios a apresentarem deficiência de vitamina D e em grupos de pessoas que possuem alterações genéticas que prejudiquem a ação do Receptor de Vitamina D (VDR) . Ademais, consoante artigos da National Center for Biotechnology Information (NCBI), o óleo de semente de abóbora auxilia a melhorar sintomas relacionados ao alargamento da próstata. Isso ocorre pois o óleo desta semente é rico em beta-sitosterol, uma substância que inibe a enzima envolvida na conversão de testosterona em dihidrotestosterona (DHT). A dihidrotestosterona promove a proliferação das células da próstata, favorecendo o aumento desta glândula e uma possível hiperplasia prostática benigna. Desse modo, ao utilizar esse óleo, há uma redução dos efeitos causados pelo excesso de DHT, uma vez que a conversão de testosterona em dihidrotestosterona é inibida. Além disso, alguns estudos realizados por pesquisadores da Universidade Sapienza de Roma, na Itália, também apontam opções de tratamento da hiperplasia prostática benigna levando em consideração o campo da fitoterapia, com mecanismos de ação incluindo inibição da 5 alfa-redutase, o antagonismo alfa-adrenérgico, inibição da di-hidrotestosterona e do receptor de estrogênio. Portanto, a vitamina D e a semente de abóbora podem ser importantes aliados na prevenção da doença, embora ainda sejam necessários mais estudos acerca do tema.

DESCRITORES: Fitoterapia. Hiperplasia prostática benigna. Prevenção.

[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

CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA

EUGÊNIO VIEIRA DE OLIVEIRA ALMEIDA[1]; LÍVIA PONTES AMARO[1]; LUIZ EDUARDO CARREIRA CÂMARA BELTRÃO[1]; MATHEUS EDUARDO SANTOS MADRUGA[1]; VINÍCIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

A doença de Chagas (DC) é causada pelo parasita protozoário Trypanosoma cruzi, que causa uma miocardite aguda e, posteriormente, uma miocardite crônica fibrosante, que produz dano miocárdico progressivo e resulta tardiamente na cardiomiopatia crônica da doença de Chagas (CCDC). O acometimento cardíaco da doença, na fase crônica é a principal causa de cardiomiopatia não-isquêmica na América Latina. A história natural da DC compreende fases aguda e crônica. A maioria dos pacientes com doença aguda são assintomáticos ou têm apenas sintomas leves. Após a fase aguda, em geral após 4 a 8 semanas, os pacientes evoluem para a fase crônica, que inclui duas formas de doença: uma forma indeterminada e determinada. A forma indeterminada compreende os pacientes com evidências de infecção pelo T cruzi (testes sorológicos positivos, baseados na presença de anticorpos antiparasitários circulantes), mas sem manifestações clínicas de doença cardíaca. Cerca de 30 a 50% dos pacientes com a forma indeterminada, que usualmente pode durar de 10 a 30 anos, desenvolverão a cardiomiopatia crônica da doença de Chagas (CCDC) ao longo de suas vidas. A CCDC é resultante de miocardite fibrosante focal de baixa intensidade, mas incessante, causada pela infecção persistente do T cruzi, associada à inflamação mediada por mecanismos imunes adversos, levando a destruição de fibras e fibrose reparativa miocárdica progressiva. Isso provoca dano miocárdico cumulativo, e resulta tardiamente em um quadro de miocardiopatia dilatada culminando em manifestações clínicas proteiformes, que podem incluir morte súbita, sintomas e sinais de cardiomegalia, insuficiência cardíaca, eventos cardioembólicos, arritmias, disfunção sistólica do VE e sintomas anginoides. A morte súbita e a progressão da insuficiência cardíaca (IC) são os mecanismos mais comuns de óbito nesta condição. A prevenção dos eventos cardioembólicos é um aspecto importante no manejo dos pacientes com CCDC. Agentes anticoagulantes orais devem ser indicados para pacientes com risco elevado. O tratamento da IC na CCDC segue os mesmos princípios aplicados à IC secundária à cardiomiopatia dilatada de outras etiologias, incluindo medidas intensivas de suporte circulatório nos casos mais graves.

DESCRITORES: Cardiomiopatia crônica. Doença de Chagas. Trypanosoma Cruzi.

[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 CONGÊNITA

FELIPE LUAN TEOTONIO BARTOLOMEU[1]; LAURA LEITE GODEIRO SOLANO[1]; LUCAS ROCHA DE LIMA[1]; SAMARA UENIA NOBRE CARNEIRO[1]; MARCOS ANTONIO ALVES DE MEDEIROS[2]

No presente trabalho, identifica-se e descreve a tripanossomíase americana, na qual afeta na América Latina cerca de 16 milhões de indivíduos, estando diretamente relacionada aos fatores ambientais e afeta geralmente indivíduos e regiões mais carentes, nas quais as políticas públicas não agem de maneira a conciliar a atenção médica devida, e maneiras de prevenção desta patologia, ocasionando consequências graves, e de difícil tratamento. Sendo de vital importância os aspecto fisiopatológicos descritos, e os demais mecanismos de transmissão, que representam a manutenção da endemia chagásica na região. Sendo transmitida pelo Trypanosoma cruzi, um parasita da mesma família do tripanosoma africano, responsável pela doença do sono, podendo até ser congênita, transferindo durante a gravidez para o filho, no Brasil, estimativas recentes apontam que entre 2 e 3 milhões de pessoas estejam infectadas, sendo comumente, pela ingestão de suco de cana ou alimentos contaminados com triatomíneos infectados ou suas fezes, por via transplacentária da mãe infectada para o feto ou por transfusão de sangue ou transplante de órgão de um doador infectado. Os sintomas depois de uma picada de Triatominae costumam começar com lesão cutânea ou edema periorbitário unilateral, evoluindo então para febre, mal-estar, linfadenopatia generalizada e hepatoesplenomegalia quando em casos mais graves, e os antiparasitários não são eficientes para combater essa patologia em casos crônicos. A patologia é principalmente caracterizada pela forma cardíaca, com cardiomiopatia dilatada associada com miocardite, fibrose e disfunção cardíaca. O diagnóstico da infecção aguda, crônica ou congênita emprega métodos parasitológicos, sorológicos e moleculares. Os órgãos mais envolvidos são o coração, o sistema nervoso central, o trato digestivo, a pele, o músculo esquelético e os pulmões. Pode ser controlada a partir de tratamento com benzonidazol. A intensidade da parasitemia e as medidas terapêuticas empregadas vão influenciar na a evolução da doença na criança. Nas formas aguda e crônica da doença de Chagas, o Trypanosoma cruzi pode ser isolado no leite materno. Na forma aguda não é recomendado a amamentação.

DESCRITORES: Doença de chagas. Trypanosoma cruzi. Paresitemia

[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 IMPORTANCIA DO NOVEMBRO AZUL NA PREVENÇÃO DO HPB

FERNANDA BRANDÃO RAMALHO DE BRITO[1]; FERNANDA QUEIROZ RÊGO[1]; FILIPE MOREIRA MARTINS[1]; MARIA LEONÍLIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM[2]

A Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é um aumento benigno da glândula da próstata que acomete os homens com mais de 50 anos. Tem origem ainda desconhecida, mas algumas alterações hormonais e vasculares parecem estar envolvidas com o desenvolvimento e progressão da doença. O estímulo desconhecido dá inicio a uma inflamação dentro da região da próstata tornando o ambiente pró-inflamatório. A HPB é caracterizada por um número aumentado de células epiteliais e estromais na área periuretral da próstata. Esse aumento pode ser devido à proliferação epitelial e estromal, à morte celular programada ou apoptose levando ao acúmulo celular. Os casos mais complexos devem ser levados em conta a dimensão da glândula, às complicações locais, à experiência do cirurgião e as preferências do paciente. A HPB também pode causar um fluxo urinário fraco ou intermitente e em alguns casos, resulta em infecção, pedras na bexiga e função renal reduzida. OBJETIVO: Ressaltar a importância da Campanha Novembro Azul como mecanismo de conscientização dos homens e a necessidade de prevenção e realização do diagnóstico de doenças relacionadas à próstata. MÉTODO: Baseado em um caso clínico abordado em sessões tutoriais, auxílio de revisões literárias, bem como discussões orientadas a respeito do tema escolhido. DISCUSSÃO: A Hiperplasia tem um impacto prejudicial significativo na qualidade de vida do paciente e muitas vezes, por preconceito ou falta de informação, essa doença é negligenciada. O crescimento anormal da glândula pode comprimir a bexiga e obstruir a uretra e se não for tratada pode progredir levando a infecções recorrentes na bexiga, como cálculos na bexiga e retenção urinária aguda (AUR). É necessário estimular a prevenção para evitar casos mais graves e a melhor forma de detectar é por meio do toque retal, onde é possível avaliar o tamanho e a consistência da próstata e se há indícios de câncer. CONCLUSÃO: Portanto é necessário promover a mudança de hábitos, mostrando a importância da realização de consultas e de exames de rotina, quebrando alguns preconceitos a respeito da realização de determinados exames e estimulando os homens a manterem uma rotina que promova a saúde e bem-estar. A campanha também busca conscientizar a respeito da necessidade de cuidados especiais com a saúde integral do homem, abrangendo temas como doenças crônicas.

DESCRITORES: Próstata. Hiperplasia Prostática. Novembro Azul.

[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

CARCINOMA BASOCELULAR: QUANDO SE PREOCUPAR?

FERNANDO ANTÔNIO DE BARROS RIBEIRO NETO[1]; GIOVANNA RAQUEL MONTEIRO DE SOUZA[1]; LUIZ ULISSES SILVA NETO[1]; RAFAELLA SOUZA DE LIMA[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

O carcinoma basocelular é a neoplasia maligna mais comum em humanose sua incidência vem aumentando nas últimas décadas. Sua grande frequência gera significativo ônus ao sistema de saúde, configurando problema de saúde pública. Apesar das baixas taxas de mortalidade e de rara ocorrência de metástases, o tumor pode apresentar comportamento invasivo local e recidivas após o tratamento, provocando importante morbidade. Nesse viés, a exposição à radiação ultravioleta representa o principal fator de risco ambiental associado pela maior ocorrência em áreas fotoexpostas. É válido salientar, que o surgimento dos CBCs ocorra em um período de dez a cinquenta anos após o dano solar, corriqueiramente, a exposição recreativa a altas doses de RUV na infância e juventude constitui forte elemento de risco. Os CBCs podem apresentar tamanhos variados. O típico crescimento lento e assintomático faz com que seja comumente referido pelos pacientes como uma ferida que não cicatriza ou uma lesão de acne. Dentre desse viés, conhecer bem a pele e saber em quais regiões existem pintas, faz toda a diferença na hora de detectar qualquer irregularidade. Objetivo: informar a sociedade que é necessário acompanhar o crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele. Sendo assim, todos os casos de câncer da pele devem ser diagnosticados e tratados precocemente, inclusive os de baixa letalidade. Metodologia: O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizado por acadêmicos do primeiro período de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). Para tal efeito, foram realizados buscas em bancos de dados da SCIELO e BBC NEWS. Resultado e discussão: Desse modo, é de suma relevância elencar um estudo transversal feito pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) realizado com 300 pacientes com carcinoma basocelular que foram atendidos no serviço de dermatologia do hospital de clínicas, de 1999 a 2003, levando em conta as características de cada paciente, como a idade, sexo, fenótipo racial e histórico de exposição solar. Assim sendo, foram identificadas 447 lesões de carcinoma basocelular nos 300 pacientes estudados, com a maioria sendo do sexo feminino e de raça caucasóide, com alto histórico de exposição solar, apresentando na sua maioria lesão única na face. O tipo histopatológico mais frequente foi o nodular. Assim sendo, é nótavel que a exposição prolongada ao sol, auxiliado pela cor da pele, são fatores de risco para o aparecimento do carcinoma basocelular. Portanto, qualquer indivíduo com um tumor desse tipo deve procurar o médico especialista para se submeter a exames de pele. Conclusão: É de fundamental importância esclarecer a população que a prevenção do carcinoma basocelular se baseia no conhecimento de fatores de risco, no diagnóstico e tratamento precoces e na adoção de medidas específicas, principalmente, nas populações susceptíveis.

DESCRITORES: Carcinoma Basocelular. Pele. Fatores de Risco.

[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

COLICISTITE AGUDA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

FERNANDO BARBOSA DE MEDEIROS [1]; RENNAN KLEYSON LINS ALBUQUERQUE[1]; MARCOS ANTONIO ALVES DE MEDEIROS[2]

A colecistite aguda, inflamação aguda da vesícula biliar por causas químicas ou bacterianas, é uma doença que atinge preferencialmente mulheres nas faixas-etárias de adultos-jovens e idosos. O trabalho visa relacionar a história clínica do paciente com a colecistite aguda, as possíveis causas e consequências, até os meios de tratamento. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico em livros-texto especializados e artigos originais na base de dados do PUBMED e SCIELO, publicados entre os anos de 2015 e 2020. A dor é o principal sintoma e, normalmente, é desencadeada ou piorada pela ingestão de alimentos colecistocinéticos (aqueles ricos em gorduras). O fenômeno obstrutivo atribui à dor um caráter de cólica, iniciado no hipocôndrio direito e com irradiação para o epigástrio, o dorso e a escápula direita, podendo atingir difusamente o abdome em caso de complicação. A dor em cólica logo é substituída por um padrão de dor contínua em função dos fenômenos vasculares e inflamatórios que acompanham a doença. Alguns outros sintomas como náusea e vômito podem se associar à dor, todavia não ocorrem grandes alterações hemodinâmicas ou do estado geral do paciente. Ao exame físico, geralmente observa-se um paciente em posição antálgica, com discreta distensão abdominal. Os ruídos hidroaéreos podem estar diminuídos, mas, muitas vezes, não se alteram. Sinais de irritação peritoneal, como a percussão dolorosa de hipocôndrio direito e sinais de defesa à palpação do abdome, pode ocorrer. O sinal de Murphy (interrupção da inspiração profunda por dor à palpação profunda do ponto cístico) pode estar presente, mas sua ausência não exclui o diagnóstico, já que apresenta sensibilidade de 65% e especificidade de 87%. O tratamento da colecistite aguda deve ser iniciado mediante internação do paciente em correção de distúrbios hidroeletrolíticos e antibioticoterapia, atuante sobre microrganismos. A resolução definitiva do caso ocorre com a realização de colecistectomia laparoscópica, preferencialmente realizada dentro de 72 horas após apresentação da sintomatologia, caso o paciente apresente condições clínicas favoráveis. Através da pesquisa realizada, torna-se possível concluir que os pacientes mais propensos a essa patologia, devem buscar acompanhamento médico mais frequente, tomando os seus devidos cuidados a fim de evitar uma colecistite crônica.

DESCRITORES: Colecistite aguda. Colecistectomia. Dor no hipocôndrio direito.

[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: UMA ABORDAGEM FISIOPATOLÓGICA DA DOENÇA CHAGÁSICA CRÔNICA E SUA TRANSMISSIBILIDADE POR VIA CONGÊNITA

FERNANDO GONÇALVES COELHO[1]; LAMARCK DANIEL LACERDA DE SOUSA[1]; THALES MYLLER DE OLIVEIRA ALMEIDA[1]; VINÍCIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

A doença de chagas consiste em parasitose ocasionada pela infecção do hospedeiro por um protozoário hemoflagelado pertencente à família Trypanosomatidae, o Trypanosoma cruzi (T. cruzi). A doença ocorre quando o inseto barbeiro pica uma pessoa ou animal infectado, tornando- se um inseto vetor e apresentando a forma infectante do parasita (tripomástigota metacíclica) ao picar outras pessoas ou animais até então saudáveis, transmite a parasitose, propiciando assim a sua disseminação. A doença de Chagas congênita apresenta uma maior transmissibilidade na sua fase aguda, devido a maior quantidade parasitaria presente na circulação sanguínea, ocorrendo através da transferência do parasita da mãe infectada pela parasitose para o concepto. A transmissão chagásica vertical, ocorre, principalmente, por via hematogênica através da placenta e ainda pelas membranas extraplacentárias, contaminando posteriormente, o líquido amniótico. Sua fase crônica caracteriza- se por apresentar uma menor quantidade de parasitas e uma maior capacidade fibrossante, aliado a presença de anticorpos já formados e que podem acarretar na destruição da estrutura da própria célula. O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão sobre os principais aspectos fisiopatológicos e os fatores associados a transmissibilidade da doença de chagas crônica congênita. Para este estudo, foram realizadas pesquisas bibliográficas em livros-texto e artigos especializados na base de dados SCIELO. Nesse sentido, foram considerados os estudos publicados desde o ano de 2016 até a presente data, em língua portuguesa. Diante dos dados obtidos no levantamento foi observado que o contágio chagásico congênito tem uma maior incidência na sua fase aguda da doença, podendo ainda ocorrer em qualquer fase da gestação, no entanto, essa transmissão é mais evidenciada durante o terceiro trimestre gestacional, especificamente durante a 22ª e 37ª semana, onde a gestante por apresentar uma placenta bastante vascularizada, encontrará um maior número de parasitas dispostos na sua corrente sanguínea. Assim, vale ressaltar a importância de um bom acompanhamento pré-natal e pediátrico, para poder acompanhar o desenvolvimento da criança.

DESCRITORES: Doença de Chagas. Aguda. Transmissão Congênita.

[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

TETRALOGIA DE FALLOT: ASPECTOS GERAIS E TRATAMENTO

FILIPE TEIXEIRA DE MELO[1]; ÍTALO JOSÉ DE ABREU CAROLINO[1]; LUCAS DEOCLECIANO TOLENTINO[1]; JOSÉ CARLOS DA SILVA[2]

A tetralogia de Fallot é uma doença cardíaca congênita, responsável por alterar o fluxo sanguíneo normal. Essa doença consiste em quatro anormalidades sendo elas, obstrução da via do ventrículo direito, defeito no septo interventricular, dextroposição da aorta e hipertrofia do ventrículo direito. Os sinais e sintomas incluem cianose que pode se apresentar muito cedo no recém-nascido, como também sopro sistólico, policitemia, baqueteamento digital, geralmente a doença atrapalha o crescimento, desenvolvimento e é comum a dificuldade para respirar, ficar muito cansado com poucos esforços. Dos sintomas citados a cianose é um dos mais preocupantes, pois leva a criança a ter a coloração azulada da pele, mucosas e extremidades. O sopro sistólico é uma consequência da estenose pulmonar, em geral, o defeito do septo ventricular é silencioso porque é grande e não tem gradiente de pressão. A policitemia ocorre devido a grande quantidade de hemácias que resultam na hipoxemia, baixa concentração de oxigênio no sangue. O baqueteamento digital é observado em criança após os seis meses de vida como resultado da hipoxemia crônica. Para identificação da doença além de exame clinico, é necessário realizar uma serie de exames como: raio-x de tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma, cateterismo cardíaco. O tratamento da tetralogia de Fallot consiste em inúmeras etapas como uso de vasodilatadores, suprimentos e cirurgia. O vasodilatador é utilizado para o alargamento dos vasos sanguíneos, com isso aumentando o fluxo sanguíneo. O suprimento de ferro é essencial para o recém-nascido no período da anemia fisiológica. A cirurgia consiste na correção completa da tetralogia de Fallot, no fechamento com retalho do defeito do septo ventricular, ampliação da via de saída do ventrículo direito com ressecção muscular, valvoplastia pulmonar e, quando justificado, aumento do retalho da artéria pulmonar principal. Se houver hipoplasia significativa do ânulo da valva pulmonar, coloca-se um retalho transanular. A cirurgia é quase sempre realizada eletivamente aos 2 a 6 meses de idade, mas, ser realizada a qualquer momento se houver os sintomas ou se a obstrução da via de saída do ventrículo direito for grave. Isso são medidas que poderão ajudar a coibir os sintomas da tetralogia de Fallot.

DESCRITORES: Tetralogia de Fallot. Doença congênita. Tratamentos.

[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

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ: RELATO DE CASO

FRANCISCO JOSÉ DE OLIVEIRA SANTOS NETO[1]; JUDÁ ISRAEL DOS SANTOS SOUZA[1]; LUCAS GUSTAVO DA SILVA BISPO [1]; TARCÍSIO BARBOSA LIMA[1]; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA[2]

A Toxoplasmose é uma zoonose causada pelo protozoário toxoplasma gondii (T. gondii), que é um parasita intracelular obrigatório. Tal doença parasitaria possui distribuição geográfica mundial e alta prevalência sorológica. No entanto, 90% das infecções são assintomáticas e os casos da doença clínica são menos frequentes. O T. gondii é um protozoário oportunista de fácil transmissão que ocorre especialmente pelas fezes dos gatos, ingestão de carnes cruas e transmissão congênita. Nesse contexto, a prevenção primária envolve uma série de medidas voltadas para a profilaxia da transmissão, e inclui a educação da população em geral, melhoria das condições sanitárias e da água para consumo, cuidados quanto à higiene de animais criados para abate, processamento adequado dos alimentos e acesso das gestantes a informações de qualidade acerca da prevenção das infecções parasitárias durante o pré-natal. A toxoplasmose é normalmente diagnosticada através da detecção de anticorpos específicos para T. gondii. A presença de anticorpos IgG e ausência de IgM geralmente sugerem infecção crônica, enquanto que a presença de anticorpos IgM é sugestivo de infecção aguda. Mesmo com a infecção se apresentando de forma assintomática nos indivíduos imunocompetentes, costumam ocorrer quadros clínicos de alta gravidade em indivíduos imunocomprometidos (transplantados, submetidos a quimioterápicos ou portadores de HIV), e quando sintomática, pode apresentar um quadro clínico variável que dura de semanas a meses, caracterizado por linfadenopatia, sensação de fadiga, mialgia, febre, cefaléia, artralgia e anorexia (manifestações clínicas semelhantes a uma síndrome de mononucleose), podendo caracterizar a patologia pelos sinais e sintomas até levar à morte. Em gestantes, pode ocasionar aborto espontâneo, nascimento prematuro, morte neonatal, ou sequelas severas no feto (por exemplo, a clássica Tríade de Sabin: retinocoroidite, calcificações cerebrais e hidrocefalia ou microcefalia), caso a infecção seja adquirida durante a gestação, principalmente durante os primeiros dois trimestres. Quanto ao tratamento, em gestantes, que consiste em casos potencialmente mais graves, no caso de infecção por T. gondii adquirida durante a gestação, devem ser imediatamente tratadas com espiramicina, que é ministrada para prevenir a transmissão do T. gondii da mãe para o feto. Se a infecção toxoplásmica fetal for confirmada, ou nas infecções adquiridas nas fases mais tardias da gestação (quando a taxa de transmissão maternofetal é mais alta), o tratamento específico da mãe com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico deverá ser levado em consideração.

DESCRITORES: Toxoplasmose, infecções parasitárias, sinais e 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

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: USO DO EXAME HBSAG NO DIAGNÓSTICO DE HEPATITE B

FREDERICO AUGUSTO POLARO ARAÚJO FILHO[1]; HERLINE CRISTINA LIRA MARTINS[1]; MARIA EDUARDA LINS FREIRE[1]; MARIA EDUARDA REGIS ALMEIDA BAIA[1]; CLELIA DE ALENCAR XAVIER MOTA[2]

Hepatite é a degeneração do fígado causada por fatores como infecções virais (do tipo A, B e C), consumo excessivo de álcool e uso contínuo de medicamentos com substâncias tóxicas para o corpo. Entre outras possíveis causas estão o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, alguns medicamentos, toxinas, outras infeções. O vírus secreta três tipos de antígenos (HBsAg, AgHBc e AgHBe) que, juntamente, com seus respectivos anticorpos, ajudam no diagnóstico da doença e na identificação de suas fases. Embora não seja um vírus citopático, os mecanismos de defesa desencadeados produzem agressão ao fígado e, como consequência, lesões hepáticasnecroinflamatórias. Diversas síndromes extra-hepáticas são associadas com a infecção crônica pelo HBV e contribuem, significantemente, para a morbidade e mortalidade. Objetivo deste trabalho foi reunir informações sobre o uso do exame HBsAg no diagnostico da hepatite B. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, constituída a partir de pesquisas com enfoque na temática do exame HBsAg na Hepatite B. A procura pelo material bibliográfico para análise foi realizada na língua portuguesa, nas bases de dados SciELO, Lilacs e BVS, dos quais foram selecionados 18 artigos dos últimos 5 anos. O HBsAg é a substância presente na superfície do vírus da hepatite B que pode ser detectada em exame de sangue de pessoa infectada.A presença do HBsAg na amostra de sangue do paciente estabelece o diagnóstico de hepatite B. Um resultado reagente ou positivo significa que a pessoa esta com hepatite B. A infecção pode ser aguda ou crônica. A combinação com outros marcadores vai estabelecer qual o estado da infecção que se encontra o paciente. É indicado repetir o exame após 15 a 30 dias, pois pode indicar um resultado falso positivo, formação de complexos imunológicos (imunocomplexos) ou infecção por subtipos diferentes do vírus da hepatite B. Com base nas informações sobre a hepatite B, concluímos que é preciso o uso do exame HbsAg para um diagnostico eficaz da hepatite B no paciente.

DESCRITORES: Hepatite. Hepatite B. Exame HBsAg.

[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

INCIDÊNCIA DE HEPATITE B NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

GABRIEL DIAS OLIVEIRA [1]; MARIA EDUARDA MOREIRA FONSÊCA MEDEIROS[1]; MARIA EPIFÂNIA SOARES DE LIMA ROCHA [1]; VINICIUS NOGUEIRA TRAJANO[2]

A hepatite B é causada pelo vírus HBV, que atinge principalmente os hepatócitos, o indivíduo infectado pode apresentar 3 formas da doença: aguda, crônica e fulminante. O diagnóstico é feito principalmente através de métodos sorológicos buscando analisar os antígenos do vírus através do DNA viral. O tratamento deve ser realizado de acordo com o estágio da doença, tendo em vista que na fase aguda o objetivo é apenas aliviar os sintomas e reduzir os riscos de possíveis complicações, já na fase crônica necessita-se de tratamento imediato através da administração de antivirais visando inibir a replicação do vírus, na fase fulminante torna-se necessário o transplante hepático, diante da degeneração dos hepatócitos. Constitui problema de Saúde Pública mundial, devido a sua alta transmissibilidade, embora a carga global da doença tenha-se reduzido ao longo das últimas três décadas por conta da vacinação, em larga escala. Pode atingir qualquer indivíduo, entre adultos, a atividade sexual é a principal via de transmissão, porém alguns grupos são mais expostos a via parenteral, como os profissionais de saúde. O objetivo do presente trabalho é realizar uma relação entre as formas de transmissão e os profissionais envolvidos. A metodologia trata-se de uma revisão bibliográfica, pautando-se na publicação de referências encontradas em artigos indexados na base de dados SCIELO, utilizando os descritores: hepatite b; profissionais de saúde. Os resultados encontrados apontam que a infecção pelo vírus da hepatite B pode atingir qualquer indivíduo, porém alguns grupos são mais expostos a via parenteral, como os profissionais de saúde; sendo de duas a dez vezes mais do que o risco da população geral, entretanto isso vai depender do grau de exposição, do número de ocorrências e do tipo de materiais infectante, sabendo que o contato com agulha com sangue infectado é o que oferece maior risco, aproximadamente 50% dos casos, sendo a maioria causados por descarte em locais impróprios. Conclui-se que, torna-se necessário a importância de medidas preventivas, além da conscientização dos trabalhadores da área da saúde quanto ao descarte do material contaminado; além da imunização ativa, através das vacinas que apresentam eficácia acima de 85% em indivíduos jovens, considerando que a soroconversão ocorre em proporção inversa à idade.

DESCRITORES: Hepatite B, Saúde Pública, Profissionais de saúde.

[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

ESTENOSE MITRAL SECUNDÁRIA A FEBRE REUMÁTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

GABRIEL DOMICIANO CABRAL MONTEIRO[1]; GEORGE BARACUHY CRUZ VIANA[1]; LAÍS SCHULER DE LUCENA[1]; LUANA DE FREITAS MARQUES[1]; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS[2]

A febre reumática ocasionada por uma faringo-amigdalite não tratada pode desencadear diversas complicações. Um das mais graves consequências causadas por essa patologia é a Estenose Mitral, uma doença que merece atenção. Os pacientes que não tratam corretamente uma infecção faríngea por estreptococos do grupo A possuem grande risco de sofrerem com uma cardiopatia reumática crônica em decorrência do processo inflamatório intenso seguido de cicatrização exacerbada. Destarte, o objetivo do estudo é discorrer acerca da Estenose Mitral causada em decorrência da febre reumática. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico em livros-texto especializados e artigos originais na base de dados do PUBMED e SCIELO, publicados nos anos de 2015 a 2020. A partir da revisão dos artigos, sabe-se que a Estenose Mitral é caracterizada pelo estreitamento/fusão das comissuras da válvula mitral, por meio do espessamento e/ou calcificação, ocasionando uma obstrução importante na passagem do sangue do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo durante a diástole, gerando um aumento de pressão no interior do átrio esquerdo. De acordo com o grau de espessamento pode-se classificar a Estenose Mitral em leve (entre 1,5 e 4 cm), moderada (entre 1 e 1,5 cm) e grave (<1 cm). A incidência desta patologia é maior na mulheres do que nos homens, numa taxa de 2:1 ou 3:1. Os sintomas progridem lentamente, muitas vezes nem são avaliados. Os sintomas iniciais são dispneia de esforço, palpitações, fadiga, ortopneia; ademais evolui-se com a junção de outros sintomas menos comuns como a cianose, dispneia aguda, face rosada. Ao exame físico, o principal achado é um sopro diastólico. Para diagnóstico é mister a realização de radiográfica de tórax, eletrocardiograma e o ecocardiograma transtorácico, o principal exame. O tratamento segue o grau de gravidade da patologia, podendo utilizar-se de diuréticos para reduzir a pressão atrial, beta-bloqueadores e bloqueadores do canal de cálcio, para controle da frequência cardíaca, em casos leves e moderados. Já nos pacientes graves é indicado a realização de valvuloplastia mitral, comissurotomia aberta ou troca da valva mitral. O estudo da Estenose Mitral causada pela febre reumática é de suma importância para alertar as diversas consequências que a patologia ocasiona, além de esclarecer a forma de tratamento para uma melhor qualidade de vida do paciente.

DESCRITORES: Febre Reumática.Estenose Mitral.; Tratamento por estreptococos.

[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

TOXOPLASMOSE

GABRIEL TELES DA SOUZA SIQUEIRA [1]; LETÍCIA QUEIROZ DE ALMEIDA MACIEL[1]; MARINA FALCÃO [1]; LUZIA SANDRA[2]

A Toxoplasmose é uma parasitose causada pelo agente Toxoplasma Gondii que possuem três formas de abordagem, sendo elas congênita ou adquirida. A pré-natal é admitida durante a gravidez, passando da mãe para o feto pela circulação sanguínea placentária, gerando aborto espontâneo ou um recém-nascido com icterícia, urticária e encefalite. Já a pós-natal, é adquirida depois do nascimento ou na vida adulta e geralmente tem caráter benigno com sintomas clássicos de dor de cabeça, dor de garganta, exantema máculo-papular, confusão mental, convulsões, encefalite, aumento de volume hepático e esplênico e alterações cardíacas e pulmonares. A contaminação se dá por meio de taquizóitos, bradizóitos ou esporozoítos, onde os taquizóitos fazem parte da infecção aguda e de rápida proliferação, já os bradizóitos se enquadram na infecção crônica de reprodução lenta e por fim, os esporozoítos são células alongadas e pequenas responsáveis pela esporulação no ciclo evolutivo, tendo diferentes comportamentos em aves, mamíferos e felídeos. Em relação ao tratamento, as drogas comumente indicadas são a sulfadiazina, sulfametoxazol, pirimetamina, espiramicina e clindamicina, e ainda pode citar-se a azitromicina, que apesar de não ter sido citado anteriormente, também é comumente usado para o tratamento da doença. Suas medidas profiláticas são cuidados básicos de higiene pessoal e manejo correto de animais domésticos e seus excrementos, bem como: consumir apenas carne bem cozida, lavar as mãos regularmente, sobretudo após a manipulação de alimentos e antes das refeições; evitar contato com areia de gatos.

No Brasil, a incidência da doença é de 4 a 10 casos a cada 10.000 nascidos vivos, concluindo-se então que não é uma doença tão comum no país. Para o diagnóstico da toxoplasmose, é necessária a realização de testes sorológicos com IgM e IgG ou PCR. As mulheres grávidas devem realizar o exame no pré-natal e se for detectada a doença, pode ser feita uma análise do líquido amniótico (amniocentese), para detecção da doença no feto.

DESCRITORES: Palavras-chave: Toxoplasmose. Gestantes. Toxoplasma Gondii.

[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 IMPORTANCIA DO TRATAMENTO PRECOCE DA TOXOPLASMOSE

GABRIELA BEZERRA DE OLIVEIRA[1]; LAELLI PIRES DE ALBUQUERQUE SALES[1]; MARIANA AMBRÓSIO SAMPAIO TAVARES[1]; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA.[2]

A Toxoplasmose é uma zoonose, a qual seu agente etiológico é o protozoário intracelular Toxoplasma gondii. A infecção pode ocorrer pela via fecal-oral, pelo consumo de carnes cruas e de forma transversal, sendo propagada através dos felídeos que por sua vez são os hospedeiros definitivos do parasita, enquanto o homem é o hospedeiro intermediário. O objetivo é relatar e se aprofundar a respeito da toxoplasmose e seu desenvolvimento ao que se remete as suas manifestações clínicas, prevenção e tratamento. Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada em pesquisas no banco de dados SCIELO. De acordo com os achados, os sintomas da Toxoplasmose variam em intensidade de acordo com a condição do sistema imunológico do infectado. Geralmente, a infecção não provoca sintomas, mas algumas pessoas apresentam linfonodos inchados, febre, uma vaga sensação de mal-estar e às vezes dor de garganta ou visão embaçada e dor nos olhos. Observa-se que os sintomas podem ocorrer devido a baixa defesa do organismo, reetendo a reativação da doença em seu sistema nervoso, causando a neurotoxoplasmose. Como consequência, ocorre: febre, vômitos, confusão, cefaleia, convulsão, perda de força e perda da sensibilidade. Esses sintomas podem surgir isoladamente ou em conjunto, mutuamente ou de forma sequencial. Em pessoas imunocompetentes, a toxoplasmose pode ser confundida com a gripe comum, e as drogas utilizadas no tratamento da toxoplasmose são sulfadiazina, sulfametoxazol, pirimetamina, espiramicina e clindamicina. O ácido folínico é adicionado aos esquemas que contenham a pirimetamina devido à mielotoxicidade. Em caso de gestantes, recomenda-se o tratamento precoce na fase aguda com o objetivo de evitar/reduzir a transmissão vertical ou reduzir danos ao feto infectado. O tratamento de escolha da toxoplasmose é a associação de sulfadiazina (SD) e pirimetamina (P), que atua sinergicamente contra o parasito. Não consumir carnes cruas, lavar bem frutas e legumes, lavar a mão ao manusear solo são medidas necessárias para prevenção da patologia. Por fim, conclui-se que é de extrema importância, por intermédio do Ministério da Saúde, a notificação da Toxoplasmose a fim de alertar indivíduos no geral, e principalmente gestantes, sobre as medidas profiláticas a serem tomadas. Para gestantes em específico, a realização de exames de pré-natal para identificação precoce da doença é essencial. Em caso de sintomas, deve-se procurar um local onde sejam realizados os exames com urgência, evitando, assim, agravamento dessa patologia.

DESCRITORES: TOXOPLASMA GONDII. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA. PRÉ-NATAL.

[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

CARCINOMA BASOCELULAR: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

GABRIELA DE SOUSA LIMA[1]; THIAGO VENICIUS SILVA DUARTE [1]; SOFIA MARIA MINERVINO NÓBREGA[1]; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES[2]

O carcinoma basocelular é o tipo de câncer de pele menos agressivo, o CBC representa uma neoplasia epitelial maligna de células basalóides, com núcleos volumosos em relação ao citoplasma e perda de pontes intercelulares. A principal causa é a exposição à radiação ultravioleta sem proteção adequada, seja em episódios ocasionais, seja pela exposição acumulada ao longo da vida. O surgimento é mais comum em pessoas caucasóides, pessoas que se expõem aos raios solares sem a devida proteção, com histórico familiar da doença, além disso, indivíduos com doenças como xeroderma pigmentoso e síndrome do nevo basocelular tem alta probabilidade de manifestar a doença. Sendo assim, os sintomas são o aparecimento de lesões nodulares, que eventualmente podem sangrar e doer, prurido local, não pigmentadas, com bordas delimitadas e com ulceração central coberta por crosta. Os tumores surgem com maior frequência nas áreas expostas do corpo, especialmente na face, nas orelhas, no pescoço, no couro cabeludo, nos ombros e no dorso, raramente em áreas não expostas. Dessa forma, o tratamento vai depender do tipo, tamanho, localização e profundidade do tumor, da idade do paciente e suas condições de saúde. Podendo ser cirúrgico ou por recursos terapêuticos como a laserterapia, quimioterapia local e radioterapia. O diagnóstico é feito por biópsia e exame histológico. Nos caso de cânceres recorrentes ou tratados de maneira incompleta, lesões de grandes dimensões, cânceres propensos à recidiva nos locais habituais e do tipo esclerodermiforme, com bordas mal definidas, podem ser tratados com cirurgia micrográfica de Mohs, na qual os tecidos das bordas são progressivamente excisados até que a última camada examinada no microscópio esteja totalmente sem resquícios de tumor. Essa técnica preserva a maior quantidade de tecido saudável e tem a maior taxa de cura. A curetagem e eletrodissecção é a técnica empregada nas lesões pequenas; A excisão cirúrgica consiste na remoção, por meio do bisturi, do tumor juntamente com uma borda de pele normal adjacente como margem de segurança. Há ainda certos cremes tópicos, géis e soluções que podem ser usados para tratar alguns CBCs específicos. A prevenção do carcinoma basocelular está evidenciada no conhecimento de fatores de risco, diagnóstico precoce e adoção de medidas preventivas, como para proteger-se do sol, o uso de roupas adequadas, chapéu de abas largas e óculos de sol com filtros para radiação UV e de filtro solar de amplo espectro (UVA/UVB); evitar a utilização de câmaras de bronzeamento artificial, bem como a necessidade de consulta regular ao dermatologista.

DESCRITORES: carcinoma basocelular. neoplasia epitelial.fotoenvelhecimento

[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 POR TRYPANOSOMA CRUZI, UMA ANÁLISE DE CASO OCORRIDO AO NORTE DO BRASIL, LOCAL ENDÊMICO

GABRIELLA VICTÓRIA PEREIRA DE OLIVEIRA [1]; JOHN DAVID MEDCRAFT DUARTE[1]; MARIA EDUARDA ALVARENGA BELMIRO LOPES [1]; VYCTOR CHAGAS ALVES SILVA[1]; WERUSKHA ABRANTES SOARES BARBOSA[2]

A doença de Chagas é uma condição crônica causada pelo parasito Trypanosoma cruzi e foi descoberta em 1909, por Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas. Com uma elevada carga de morbimortalidade e impacto na vida social, quanto mais cedo for feito o diagnóstico, maior chances de sucesso ao tratamento (DIAS, 2016). O vetor da tripanossomíase americana é o triatomíneo, e as fontes de infecção são animais silvestre e domiciliar. (CARVALHO, 2015). No que diz respeito à prevenção da doença de Chagas engloba vários aspectos como as condições de vida do indivíduo o inseto vetor; a transmissão via oral; a contaminação congênita; os possíveis acidentes, e a doação de sangue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Metodologia: estudo de caso. Análise: Uma família residente no município de Marabá-PA foi acometida pela doença de Chagas. Todos foram tratados com doses diárias de Benzonidazol, um dos pacientes do sexo feminino, apresentou intolerância à droga, por suspeita de gravidez foi feito exame, sendo este, positivo, apresentando a 12˚ semana de idade gestacional. Resultados da pesquisa: O recém-nascido (RN) do sexo feminino apresentou baixo peso ao nascer, as 34 semanas, após cirurgia de cesariana. Apresentou quadro clínico de icterícia, sintomas de SDR e pneumonia bacteriana, demandando internação em unidade de terapia intensiva. Foi feito os exames ELISA e da IFI para saber qual era o agente etiológico causador da infecção, sendo estes positivos para IgG e negativos para IgM, exame parasitológico deram negativo. Depois de tratada, recebeu alta hospitalar sem apresentar comorbidades. Ao quarto mês de vida, apresentou esotropia, atraso em seu desenvolvimento psicomotor e microcefalia. Novos exames foram solicitados para pesquisa do parasito como pesquisa do agente etiológico (microhematócrito), sendo este negativo; xenodiagnóstico; ELISA e da IFI sendo estes, positivo para IgG:80; foi feito também, exames para toxoplasmose (IFI); citomegalovírus por ELISA; sífilis pelos métodos de VDRL e FTA-Abs; rubéola por ELISA na mãe e no RN, com resultados negativos em ambos. A ressonância magnética mostrou em seu resultado lesões atróficas e áreas com encefalomalácia com calcificações intracranianas e lesões císticas. Concluiu-se que a criança foi infectada pelo agente etiológico da doença de chagas durante o período fetal, sendo tratada com Benzonidazol por 45 dias e o caso foi notificado.

DESCRITORES: Doença de Chagas.Morbimortalidade.Transmissão

[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

PROCEDIMENTO DE BLALOCK-TAUSSIG: INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PALIATIVA PARA A TETRALOGIA DE FALLOT

GABRYELLA MORAES DE SOUZA GUSMÃO[1]; JOYCE GONÇALVES DE BARROS[1]; MARIA JAYNE LIRA DE ARAÚJO[1]; MARIA PAULA TRAVASSO OLIVEIRA[1]; RAPHAEL BATISTA DA NÓBREGA[2]

A Tetralogia de Fallot, popularmente conhecida como Doença do Bebê Azul, é uma cardiopatia congênita caracterizada por quatro lesões: estenose pulmonar, comunicação interventricular, dextroposição da artéria aorta acima do septo interventricular e hipertrofia ventricular direita. Em vista disso, essas condições causam sintomas como baqueteamento digital, baixo ganho ponderal, policitemia, retardo no desenvolvimento psicomotor e debilidade física. Ademais, cianose ocorre após atividades que exigem esforço. Essa doença é a cardiopatia congênita cianótica mais comum e acomete cerca de 1 a 1,5 em cada 10.000 nascidos vivos. Desse modo, o presente estudo busca, objetivamente, abordar uma das técnicas cirúrgicas mais utilizadas para a correção dessa patologia, seu caráter paliativo e o ganho para a vida destes pacientes. Para tanto, esse trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica feita a partir de bancos de dados eletrônicos, por meio minuciosa análise, elaborada com base nos bancos de dados da Scielo e Pubmed, além de livros-texto de Medicina em Novembro de 2020. O tratamento temporário compreende a técnica cirúrgica de Blalock-Taussig, realizada em crianças com aproximadamente 6 meses de vida com o propósito de melhorar a taxa de perfusão pulmonar e o nível de saturação de O2, a fim de diminuir a sintomatologia cianótica e estabilizar o doente. Esse procedimento pode ser aplicado de acordo com a necessidade como o modelo clássico ou modificado. O “shunt de Blalock-Taussig clássico” é mais preterido, embora não sobrecarregue o ventrículo esquerdo e possua caráter paliativo de longa duração. Neste é realizado uma anastomose da artéria subclávia direita com a artéria pulmonar direita. Já o “shunt de Blalock-Taussig modificado” é mais frequentemente escolhido por conta de seus resultados a curto prazo e sua facilidade de processual. A técnica consiste na interposição de um enxerto entre as mesmas artérias da cirurgia citada anteriormente ou entre o tronco braquiocefálico e a artéria pulmonar direita. A técnica de Blalock-Taussig é, então, a mais eficiente no que tange à paliação e o procedimento modificado é mais prevalente por causar menores chances de trombose da anastomose no primeiro mês. Além disso, se a cirurgia for trabalhada precocemente, protege-se a função neurológica e ventricular esquerda e produz menos arritmias. Portanto, tendo por base a atual pesquisa, foi possível adentrar profundamente sobre esta técnica cirúrgica e suas especificidades, sendo a intervenção paliativa abordada, evidenciou-se sua complementabilidade aos tratamentos convencionais, notando-se assim, resultados animadores na promoção de qualidade de vida dos indivíduos com tal enfermidade.

DESCRITORES: Procedimento de Blalock-Taussig. Tetralogia de Fallot. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

[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 À BASE DE LÍTIO PARA TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E COMPLICAÇÕES IATROGÊNICAS DA FUNÇÃO RENAL

GABRYELLE GUEDES DANTAS DA NÓBREGA[1]; IRENE MAYARA SALUSTINO DE MELO[1]; JULIANA SABINO OLIVEIRA DA COSTA[1]; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA[2]

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma doença psiquiátrica crônica caracterizada pela alternância patológica dos estados de humor desde períodos eufóricos/maníacos a períodos depressivos. Nos últimos 50 anos, a principal terapêutica farmacológica para o tratamento da TAB tem sido à base de lítio, o qual apresenta alta eficiência para controle dos sintomas depressivos e maníacos, prevenindo a recorrência e as tentativas de suicídio. No entanto, a longo prazo, esse medicamento pode induzir à nefrotoxicidade, incluindo prejuízo à função tubular e o desenvolvimento de doença renal crônica (DRC). Objetivo: Demonstrar a relação entre o tratamento medicamentoso à base de lítio utilizado no TAB e o desenvolvimento de complicações iatrogênicas da função renal. Metodologia: Foram consultadas as bases de dados Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Google Acadêmico e PubMed entre os anos de 2005 e 2020, utilizando-se como descritores “uso de lítio”, “transtorno afetivo bipolar” e “complicações renais” conforme os Descritores em Ciências e da Saúde (DeCS). Resultados e discussões: Atualmente, os medicamentos à base de lítio (carbonato ou citrato de lítio) são a primeira escolha no tratamento do TAB, pois previnem a recorrência dos sintomas do polo maníaco e do polo depressivo, entretanto, vários estudos mostram que há relação entre seu uso e a ocorrência de nefropatias. A forma de lesão renal mais prevalente induzida pelo lítio consiste no defeito da capacidade de concentração da urina que pode ser inicialmente recuperável com a interrupção do tratamento. Com sua persistência, a disfunção tubular se expressa como franca e irreversível poliúria e polidipsia, acometendo de 20% a 40% dos pacientes. Esse é o quadro clínico característico de diabetes insípido nefrogênico, que é resistente à ação da argina-vasopressina (AVP). Essas complicações iatrogênicas têm maior probabilidade de acontecer com a presença de doenças crônicas, comorbidades e outros fatores como idade e sexo do paciente. Assim, é importante monitorar a função renal desde o início do tratamento do TAB, contando com uma atuação conjunta dos especialistas, em concordância com o paciente e sua família, a fim de alcançar os melhores resultados. Conclusão: Desse modo, entende-se que o tratamento com o lítio é fundamental para o auxílio do controle do TAB, no entanto, é primordial o acompanhamento nefrológico contínuo, desde o início do uso da medicação à base lítio, com o intuito de evitar complicações iatrogênicas da função renal ou ao menos, atenuar seus efeitos.

DESCRITORES: Uso de Lítio. Transtorno Afetivo Bipolar. Complicações Renais.

[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

FADIGA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE: O IMPACTO CAUSADO PELA ESCLEROSE MÚLTIPLA

GRACE KELLY MATSUZAKI DE BRITO [1]; GUSTAVO ORTIZ GUALBERTO DE ANDRADE[1]; MARIA CECÍLIA MARANHÃO RIBEIRO[1]; SAMUEL ALVES DE LIMA[1]; THALES HENRIQUE SALES[2]

A esclerose múltipla é tida como uma doença neurológica que apresenta uma desordem desmielinizante autoimune crônica, sendo estimulada através de mecanismos degenerativos e inflamatórios comprometedores da bainha de mielina, a qual possui por responsabilidade o revestimento dos neurônios das substâncias branca e cinzenta do sistema nervoso central. É caracterizada por episódios repetidos de disfunção neurológica com remissão variável apresentando-se sob três principais tipos: remitente-recorrente (EMRR), secundariamente progressiva (EMSP) e primariamente progressiva (EMPP). O conjunto da doença e dos efeitos colaterais medicamentosos desencadeia impactos negativos à saúde e ao bem-estar do paciente, sendo comprometidos através da fadiga, da dor e de alterações de sensibilidade e motricidade, sendo a fadiga o sintoma mais frequente. Além disso, o conjunto de danos não é só físico, contendo o dano psicológico como a depressão e a ansiedade, sendo a depressão a doença mais frequente em paralelo a EM com ideação suicida em 28% dos portadores, segundo uma pesquisa no Canadá. Outrossim, a ansiedade, que está associada ao medo da dor, da incapacidade e estimulada pela incerteza da doença, costuma intensificar as perturbações psicológicas. Objetivo: Informar à sociedade o impacto causado como fadiga, depressão e ansiedade em pacientes portadores de esclerose múltipla e o quão é necessária a precaução e cuidados relativos à doença. Metodologia: O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura executada por acadêmicos de medicina da Faculdade Nova Esperança (FAMENE). Em prol da realização, foi desempenhada a pesquisa no banco de dados da SCIELO. Discussão e resultados: Os medicamentos podem interferir negativamente a saúde de um portador de EM, interferindo na qualidade de vida e seu bem estar, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde, para o êxito na qualidade de vida, a posição no contexto social, os valores e objetivos de cada indivíduo são peças indispensáveis. É importante avaliar a qualidade de vida dos portadores de EM, pois geralmente tem alteração devido aos medicamentos e estágio da doença, é sempre importante a avaliação contínua e o diagnóstico. Conclusão: A saúde mental é tão importante quanto a física dos portadores de esclerose múltipla e a percepção da QV tem uma diminuição maior na forma mais progressiva da doença por ter associação com a fadiga, depressão e ansiedade. É preciso ter um olhar mais focado para o conjunto de doença psicológicas, trabalhar em cima do assunto e cuidar da saúde mental de cada paciente.

DESCRITORES: DESCRITORES: Esclerose Múltipla, Depressão, Ansiedade.

[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 DO HOMEM ASSOCIADA A SINTOMAS DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

HELOISA DE LIMA MARTINS DIAS[1]; LUCIANA GOMES VIEIRA DE ALMEIDA[1]; UAUIRA DE MELO MEDEIROS CUNHA[1]; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

Trata-se de uma pesquisa acerca de um estudo de caso clínico sobre Hiperplasia Prostática Benigna. A próstata é uma glândula masculina localizada imediatamente abaixo da bexiga e que envolve a uretra. Conforme a próstata aumenta, ela gradativamente comprime a uretra e bloqueia o fluxo de urina, tornando uma obstrução urinária. A hiperplasia prostática benigna é o tumor não-canceroso (benigno), é incomum em homens abaixo de 40 anos, mas aparece com frequência cada vez maior conforme a idade avança. É uma doença comum que afeta cerca de 70% dos homens acima dos 70 anos. Existem tratamentos eficientes para este problema urinário, inclusive tratamentos não-cirúrgicos. É importante ressaltar que o homem que sofre de HPB não tem predisposição a desenvolver câncer de próstata. Por outro lado, é possível ter HPB e câncer de próstata ao mesmo tempo. Teve como objetivo relacionar a hiperplasia prostática benigna e seus sintomas a qualidade de vida do paciente acometido, visando obter um entendimento do tema e correlacionar com o caso clinico exposto. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória bibliográfica no modelo estudo de caso, onde foi descrito a história clínica de um paciente, e através dos dados colhidos, estabelecido a hipótese diagnóstica. Foram pesquisados os aspectos anatômicos e fisiopatológicos da HPB. Além disso, foram investigados os fatores de riscos, os sintomas, as complicações, os meios de diagnósticos e as possibilidades de tratamento do portador de HPB. O estudo bibliográfico foi realizado nas bases de dados da SCIELO, bibliografia a respeito da temática, pesquisa de artigos científicos. Como resultados obtidos foi visto que se trata de uma patologia que afeta principalmente os homens com mais de 50 anos, resultando em complicações, como as do trato urinário. Além disso a pesquisa mostrou que existem formas variadas de se diagnosticar essa patologia, bem como as possibilidades de tratamento que se dão por meio farmacológico, cirúrgico ou a laser, dependendo da avaliação médica. Conclui-se que a hiperplasia prostática prejudica a qualidade de vida do homem, muda sua rotina, afetando o desempenho no trabalho, no humor, no casamento, na vida sexual. Diante disso, ao chegar na idade o ideal é manter as medidas protetivas em dia, realizando exames regularmente, além de saber identificar sinais e sintomas intervindo de formar rápida diante do diagnóstico da doença, manter hábitos de vida saudáveis, como alimentação e exercícios físicos, evitando hábitos que prejudiquem a saúde. Fazendo pode-se prevenir a doença bem como diagnostica-la precocemente.

DESCRITORES: Hiperplasia Prostática Benigna; Qualidade de vida; Homem

[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

CARCINOMA BASOCELULAR, O CÂNCER DE PELE MAIS FREQUENTE DENTRE OS BRASILEIROS.

ISABELLA ALVES NUNES[1]; MARIA FERNANDA BAIA VELOSO[1]; MANUELLA BORGES MACEDO[1]; YASMIN KALYNNE SANTOS DE ALMEIDA FREITAS[1]; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM[2]

O Carcinoma Basocelular (CBC) é um câncer de pele não melanoma, que surge nas células basais da epiderme. Caracteriza-se como o mais frequente entre os tumores malignos de pele, acometendo cerca de 30% da população brasileira. Há várias causas que associadas originam o tumor, como a falta de proteção térmica e a exposição excessiva a radiação ultravioleta (UV). Os raios solares se acumulam na derme, alteram o DNA no interior das células que se transforma em oncogenes ou desativam os genes supressores de tumor. Assim, vários genes alteram-se e a célula torna-se cancerígena. Consequentemente há alterações epidérmicas perceptíveis. O objetivo do trabalho é informar e advertir sobre os malefícios do carcinoma basocelular, além de alertar e instruir sobre forma de prevenção e tratamento para este câncer de pele. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio das bases de dados Scielo, Pubmed. Lilace. RESULTADOS: O CBC pode não provir de células basais. O aumento do tumor é gradual, as vezes imperceptível, e passam como inchaços. O crescimento é variado de acordo com cada tumor, diversificando a gravidade em que se apresenta. O carcinoma basocelular dificilmente desenvolve metástases. Podem vagarosamente invadir e arruinar os tecidos circundantes, podendo ser fatal quando próximos aos olhos, orelha, boca, ossos ou cérebro. Porém, frequentemente limitados dentro da pele. O CBC, tem como causa principal, a exposição excessiva da luz solar. Todavia, apresentam-se outros fatores de risco: a idade, sexo, histórico familiar e pessoal, imunossupressão, além da característica caucasoide. DISCUSSÃO: Com base nessas características, o CBC apresenta-se com maior incidência na idade adulta, por volta da quinta ou sexta década de vida, quanto mais avançada a idade, maior o tempo de exposição solar sob a pele. Afeta em sua grande maioria, os homens; devido ao descaso a cerca dos cuidados preventivos. Pessoas com características caucasoides são mais propensas a adquirir este câncer de pele. CONCLUSÃO: É dever da cidadania juntamente com a população desenvolver políticas públicas informativas para um maior cuidado e prevenção da doença, adotando medidas contra a excessiva exposição à radiação solar como a utilização de protetor solar, roupas claras e leves, evitar se expor ao sol entre as 10h à 15h e o uso de chápeus.

DESCRITORES: Carcinoma Basocelular. Câncer de pele. Luz Solar.

[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

CIRROSE HEPÁTICA CAUSADA PELA HEPATITE B

IVANILTON ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO[1]; MARÍLIA MONTINEGRO MEIRA[1]; PALOMA CECÍLIA DE FIGUEIREDO[1]; HERMANN FERREIRA COSTA[2]

A Cirrose pode ser definida como a formação de cicatrizes no fígado, o qual é um órgão que tem a capacidade de regenerar a lesão quando eliminado aquilo que está causando o dano. No entanto, com a ocorrência de lesões repetidas, o fígado se torna incapaz de funcionar de forma eficaz e adequada, momento em que a cicatriz começa a se desenvolver. Este cenário é conhecido como cirrose e é resultante de uma variedade de causas que levam à formação dessas cicatrizes e posterior insuficiência hepática, porém, o vírus da hepatite B é provavelmente a causa mais comum de cirrose se considerarmos o mundo inteiro, isso devido a inflamação causada e visto que dos que contraem hepatite B, 5% ficam com o vírus para sempre, dos quais 20% evoluem para cirrose a médio/longo prazo. A hepatite B é uma doença infecciosa viral, transmissível, sendo considerada uma das mais prevalentes em seres humanos a nível mundial. É causada pelo vírus HBV e apresenta tropismo primário pelo tecido hepático, as células do fígado, onde podem ser agredidas pelo vírus diretamente ou pelas células do sistema de defesa. O vírus da hepatite B é transmitido por meio de contato com fluidos corpóreos infectados, no qual o sangue é o veículo de transmissão mais importante, mas outros fluidos, como saliva, sêmen e secreções vaginais também podem transmitir. Quando a cirrose se agrava, a função do fígado é prejudicada. O órgão fica duro e menor. Neste momento fluido do organismo se acumulam nas pernas e no abdômen (a chamada popularmente barriga de água). Os sais biliares podem se acumular na pele o que vai levar a icterícia e prurido. Sangramento das veias do esôfago também podem acontecer. Nas fases mais graves toxinas também podem se acumular no sangue o que vai resultar em confusão e desaceleração mental, condição conhecida como encefalopatia. Para aqueles indivíduos com cirrose avançada, já descompensada, o melhor tratamento é o transplante de fígado. Não existe uma cura medicinal para cirrose, somente estão disponíveis medicamentos para evitar uma progressão acelerada e para tratar dos sintomas e eventos provocados pela descompensação.

DESCRITORES: Cirrose. Hepatite B. 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

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: TRATAMENTO E CAUSAS

JOÃO PEDRO SANTOS MEIRA[1]; JOAQUIM PAIVA MARTINS NETO[1]; LUCAS FERNANDES DE CARVALHO[1]; CAROLINA UCHÔA[2]

A doença pulmonar obstrutiva crônica se caracteriza por ser uma doença obstrutiva, ou seja acontece o comprometimento da passagem do ar para os pulmões, devido a fumaça de cigarro ou por causa de um longo tempo de exposição a poeira e grãos, essa doença se instala após um quadro persistente de bronquite e enfisema pulmonar, a bronquite causa um estado permanente de inflamação nos pulmões, enquanto o enfisema destrói os alvéolos e estruturas que promovem trocas gasosas no órgão. O quadro de DPOC se caracteriza como grave, pois pode diminuir significativamente o nível de oxigênio no sangue ou levar a uma parada respiratória, além disso os danos causados nos pulmões levam a liberação de agentes inflamatórios, esses que dobram o risco de infarto e AVC. Os sintomas dessa doença são: tosse, fadiga, falta de ar e catarro em excesso, com isso o diagnóstico é feito por meio da espirometria, que mede a quantidade de ar que pode ser expelida do pulmão e junto a isso o médico pode solicitar outros exames como, radiografia do tórax e do oxímetro, que mede o teor de oxigênio no sangue. Já que a doença não tem cura, o tratamento é feito por remédios e terapia, os remédios mais comuns são os broncodilatadores e anti-inflamatórios, em casos que a concentração de oxigênio no sangue se encontra muito baixa é feita a realização de uma terapia suplementar ao fôlego. Quanto a prevenção, ficar longe dos cigarros é a melhor forma de prevenir o problema. Fazer checkups regularmente ajuda porque os sintomas podem ser confundidos com consequências do envelhecimento. Segundo a VEJA SAÚDE, há novos indícios que a alimentação pode interferir na DPOC, pois o consumo de carnes e alimentos processados podem interferir na respiração, enquanto frutas e legumes colaboram na manutenção do pulmão.

DESCRITORES: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Saúde, Pulmão

[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

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

JOSÉ MARTINS DE ARAÚJO[11]; MARCELO ISÍDIO DA SILVA[11]; RAFAEL GUIMARÃES PEREIRA SOUZA[11]; JOSÉ CARLOS DA SILVA[22]

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por sinais e sintomas respiratórios associados à obstrução crônica das vias aéreas inferiores, geralmente em decorrência de exposição inalatória prolongada a material particulado ou gases irritantes. O tabagismo é sua principal causa. O substrato fisiopatológico da DPOC envolve bronquite crônica e enfisema pulmonar, os quais geralmente ocorrem de forma simultânea, com variáveis graus de comprometimento relativo num mesmo indivíduo. Os principais sinais e sintomas são tosse, dispneia, sibilância e expectoração crônica. A DPOC está associada a um quadro inflamatório sistêmico, com manifestações como perda de peso e redução da massa muscular nas fases mais avançadas. Este estudo tem por objetivo identificar os fatores de risco associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). 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, além de portais médicos (MedicinaNET) e documentos do Ministério da Saúde (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas). Dentre os fatores de risco classicamente discutidos como associados à DPOC, destaca-se o tabagismo como principal fator de risco ambiental e geral, podendo ocorrer com qualquer tipo de fumo, sendo o risco maior com o aumento progressivo do consumo. Outros fatores ambientais de risco são a exposição à poeira ocupacional (indústrias de borracha, plásticos, couro, têxtil, moagem de grãos, produtos alimentícios, entre outros segmentos de produção), irritantes químicos e poluição extra e intradomiciliar (aquecedores e fogão de lenha), além da ocorrência de infecções respiratórias graves na infância. Ademais, indivíduos com deficiência de alfa-1-antiprotease, considerada um defeito genético transmissível por gene recessivo autossômico, geralmente desenvolvem enfisema pulmonar grave quando relativamente jovens. No idoso, outros fatores também são citados como possíveis complicadores e aumentam a mortalidade associada à DPOC. São eles o estado nutricional, a reduzida capacidade para realizar exercícios físicos e a presença de doenças crônicas, como osteoporose, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e depressão. Existem vários programas de apoio ao doente que deseja e/ou precisa parar de fumar. Há necessidade de apoio de uma equipa multidisciplinar especializada e recomenda-se com frequência apoio psicológico a esses doentes.

DESCRITORES: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Fatores de Risco. Tabagismo.

[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: ASPECTOS GERAIS E TRATAMENTO

JOSÉ VINICIUS MACIEL FELIX[1]; MATHEUS HENRIQUE ARAÚJO DE LIMA[1]; TAMARA GÉSSICA ARAÚJO[1]; IARA MEDEIROS DE ARAÚJO[2]

A sigla DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) denomina um grupo de doenças nosológicas respiratórias que promovem obstrução crônica ao fluxo aéreo de caráter fixo ou parcialmente reversível. O desenvolvimento progressivo da limitação ao fluxo aéreo, decorrente da exposição a uma série de fatores como a inalação de gases tóxicos, cigarros e partículas nocivas, associados à resposta inflamatória anormal dos pulmões a esta exposição define o que denominamos DPOC. A dispnéia é o sintoma que mais interfere na execução das atividades profissionais, familiares, sociais e da vida diária dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, levando-os ao sedentarismo e à queda na qualidade de vida. A DPOC acomete primariamente os pulmões, mas diversas manifestações extrapulmonares relacionadas a esta enfermidade têm sido descritas. Há aumento do número de células inflamatórias, resultando em uma produção anormal de citocinas pró-inflamatórias, ocasionando o desequilíbrio entre a formação de radicais livres e a capacidade antioxidante. Há também, a diminuição do condicionamento físico secundária às limitações ventilatórias que podem estar envolvidas no desenvolvimento de alterações musculares. A compreensão da gravidade da condição do paciente, incluindo comorbidades e seu prognóstico é importante para delineamento de um plano de tratamento apropriado. Durante a anamnese, o ideal é a coleta minuciosa de detalhes por informações as quais incluem os sintomas do paciente e sua condição atual, assim como, a progressão da doença, sinais de redução da capacidade de exercício/atividade física, sinais de depuração mucociliar prejudicada, outros sintomas, estratégias adotadas para lidar com a doença e fatores que possam influenciar o desenvolvimento de sintomas que tendem a piorar com o passar dos anos. Isso contribui para a piora do bem-estar desses pacientes. O tratamento é realizado através de cuidados individuais e do uso de broncodilatadores, inaladores de resgate que juntamente com o abandono do vício de cigarro e mudança no estilo de vida do portador de DPOC, poderão ajudar a controlar os sintomas e minimizar danos maiores.

DESCRITORES: Doença pulmonar obstrutiva crônica. Comorbidade. 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

QUALIDADE DE VIDA E AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

JÚLIA CARVALHO[1]; JÚLIA RAMOS [1]; RAPHAEL NÓBREGA[2]

A DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), é caracterizada por limitação do fluxo aéreio não totalmente reversível, progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos. Tem como principais fatores de risco, a fumaça do cigarro, poeiras ocupacionais,irritantes químicos, poluição ambiental, baixa condição socioeconômicas e infecções respiratórias graves na infância. A DPOC envolve Bronquite obstrutiva crônica ou Enfisema pulmonar e muitos pacientes tem características de ambas doenças. O enfisema pulmonar é uma doença em que a parede dos alvéolos normais são destruídas. Esta destruição ocasiona " buracos" que irão reter maior quantidade de ar. O ar fica aprisionado, determinando um aumento no tamanho dos pulmões, ocasionando a hiperinsuflação pulmonar, rebaixando o músculo que separa-se da caixa torácica do abdomem, denominada músculo diafragma, progressivamente perdendo suas fibras. Como este músculo é responsável pela maior parte da nossa inspiração, fica mais difícil de respirar e, por isso, surge a falta de ar. Quando a parede dos alvéolos é destruída, os vasos sanguíneos também o são e com isso diminui a captação do oxigênio. A maior causa do enfisema é o tabagismo. No entanto, algumas pessoas podem nascer com características genéticas que determinam a falta de uma enzima (alfa 1- antitripsina) e independente de terem fumado podem desenvolver a doença. Esta condição é rara. O impacto da DPOC é significativo, afetando diretamente a rotina e o cotidiano do paciente acometido. Na prática de exercícios físicos, a fadiga e dispneia são os sintomas limitantes, levando a um descondicionamento muscular e sedentarismo. A pessoa com DPOC pode sofrer também de transtornos psicológicos, que podem culminar em ansiedade e depressão devido a falta de produtividade e incapacidade de realizar algumas atividades. No entanto, devido à incapacidade de longevidade dos pacientes com DPOC, é necessário prezar pela qualidade de vida dos mesmos. Estudos revelam que essas pessoas tendem a se excluir da sociedade devido a sua patologia, portanto, deve-se considerar um acompanhamento médico, fisioterapêutico, psicológico e nutricional. Além da importância do apoio e suporte familiar que faz toda a diferença na qualidade de vida desses pacientes, que tendem a se excluir da sociedade devido a essa patologia.

DESCRITORES: PALAVRAS-CHAVE: doença pulmonar obstrutiva crônica, pulmão

[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

FEBRE AMARELA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

JÚNIA TORRES RODRIGUES FERNANDES[1]; LOUISE MARIE LIMA DE CARVALHO[1]; LUCAS FERREIRA NERY SANTIAGO[1]; THAYANE DAYSE SOARES DE ALMEIDA[1]; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS[2]

O presente artigo elucida uma afecção contagiosa ocasionada pelo arbovírus da febre amarela transmitida pelas picadas dos mosquitos Haemagogus (área silvestre) e Aedes aegypti (área urbana). Bem como tem objetivo de explicitar de forma sucinta a sua forma de contágio, além de elencar sua incidência no Brasil e o tratamento mais adequado para tal. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico em livros-texto especializados e artigos originais na base de dados do PUBMED e SCIELO, publicados entre os anos de 2015 e 2020. Destaca-se então que, na forma silvestre, o mosquito é infectado ao picar um macaco doente e, através do hematofagismo infecta o homem. Já na febre amarela urbana, é o mosquito Aedes aegypti que transmite a doença para o indivíduo, que é o hospedeiro amplificador. Os mosquitos quando infectados, transmitem o vírus do gênero flavivírus que apresenta diferentes formas, podendo ser assintomáticos ou ocasionar sinais e sintomas como febre alta, calafrios, mialgia, cefaleia e náuseas nas manifestações leves. Já em casos mais graves, 50% dos pacientes morrem, visto que o individuo pode apresentar insuficiências hepática e renal, icterícia, manifestações hemorrágicas e cansaço, que podem levar a morte em um período de 7 a 10 dias. No Brasil, cerca de 15 mil pessoas são acometidos, por ano, sendo necessário suporte hospitalar para tratar a desidratação, falência de órgãos e febre que, de modo geral, os pacientes apresentam memória imunológica contra o vírus e consequente melhora. Não possui tratamento específico e, normalmente, utiliza-se medicamentos apenas para o combate de sinais e sintomas da doença. Pode ser prevenida através de vacina, que produz imunidade em 99% das pessoas vacinadas. A prevenção, baseia-se também, na luta para diminuição no número de vetores da doença, e de forma individual, no uso de repelentes e roupas que tampem grande parte do corpo. As diretrizes da OMS, relatam que uma dose única da vacina é suficiente para conferir imunidade sustentada e proteção ao longo da vida. Portanto, entende-se que no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda duas doses, sendo a primeira indicada aos 9 meses de idade e a segunda aos 4 anos de idade. Conclui-se que, a partir das pesquisas realizadas, a febre amarela ocorre nas Américas, bem como, em alguns países do continente africano. Como também, pode causar surtos e endemias, devido a grande importância epidemiológica e sua gravidade clínica.

DESCRITORES: PALAVRAS CHAVES: Febre amarela; Aedes aegypti; insuficiência hepática.

[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

TETRALOGIA DE FALLOT: PATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

KÉSSIA KARINA ALVES DE OLIVEIRA[1]; LETÍCIA GEOVANNA RAMOS GERMANO[1]; MILLENA MARIA MACIEL PINTO[1]; CAROL UCHÔA GUERRA BARBOSA[2]

A Tetralogia de Fallot é um defeito cardíaco congênito, sendo a forma mais comum desse tipo de cardiopatia. Consiste em quatro defeitos anatômicos, sendo eles a estenose da valva pulmonar, a hipertrofia ventricular direita, o defeito septal interventricular e a dextroposição da aorta. Geralmente, o tronco pulmonar apresenta-se reduzido e pode haver diversos graus de estenose da artéria pulmonar. Seus principais sintomas são pele azulada e falta de ar. É grave, porém tem tratamento realizado por meio de cirurgia indicada no primeiro ano de vida, corrigindo as anomalias. É uma doença crônica, que pode durar anos ou toda a vida. No geral, os pacientes têm um prognostico a longo prazo e com boa capacidade funcional. Assim, a necessidade de nova intervenção depende das lesões cirúrgicas. A cianose é um sinal óbvio da tetralogia, porém não é comum estar presente ao nascimento. OBJETIVO: Descrever a fisiopatologia da Tetralogia de Fallot. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica embasada por meio de artigos de plataformas científicas da área da saúde por acadêmicos do segundo período de medicina da FAMENE nos bancos de dados MANUAL MSD, SCIELO e livros texto. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A Tetralogia de Fallot é a forma mais comum de cardiopatia congênita cianótica. Desde os primeiros procedimentos, os avanços no diagnóstico, tratamento pré-operatório e cirúrgico e cuidados pós-operatórios têm sido tais que quase todos os nascidos com TOF agora tem maiores expectativas de vida. A TOF, responsável por 7 a 10% das anormalidades cardíacas congênitas, afeta aproximadamente 2 em cada 10 mil crianças, ou seja, muito rara. Os casos diagnosticados por ano, chegam a menos de 15 mil no Brasil. E pode ser associada com fissura do lábio palato e outras anomalias craniofaciais. CONCLUSÃO: Seus principais sintomas são pele azulada e falta de ar. É muito grave, porém tem tratamento, e ele é realizado por meio de cirurgia indicada ainda no primeiro ano de vida, e ela serve para correção das anomalias. É uma doença crônica, que pode durar anos ou durante toda a vida. No geral, os pacientes têm um prognostico a longo prazo bom e com boa capacidade funcional. Assim, a necessidade de nova intervenção depende das lesões cirúrgicas.

DESCRITORES: Tetralogia de Fallot. Cardiopatia. Cirurgia.

[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

REVISÃO DE LITERATURA SOBRE FEBRE AMARELA NO BRASIL

KÍLVIA MAIRLA GONÇALVES TRIGUEIRO[1]; SAMMYRA BARBARA MAIA LIMA[1]; WILLYAN FERREIRA ALVES DE SOUZA[1]; CIBELLE CABRAL DAVID[2]

A febre amarela é uma doença infecciosa não contagiosa, transmitida por vetores artrópodes e causada por um arbovírus pertencente ao gênero Flavivirus, da família Flaviviridae. A doença ocorre sob duas modalidades epidemiológicas: silvestre e urbana. A diferença entre as mesmas está na natureza dos transmissores e dos hospedeiros vertebrados. Clinicamente, a infecção é a mesma e pode se apresentar como assintomática, oligossintomática, moderada e grave. Podendo ser prevenida pelo uso de vacinação. O estudo teve como objetivo, revisar os principais aspectos fisiopatológicos, clínicos e laboratoriais da febre amarela e propor melhorias para o planejamento das medidas de prevenção e controle. Foi realizado um levantamento de artigos científicos na base eletrônica de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) de publicações entre 2014 e 2019, utilizando-se os seguintes descritores em saúde: febre amarela, imunização e arboviroses; também foi utilizado o guia para profissionais de saúde sobre a febre amarela publicado pelo Ministério da Saúde no ano 2018. Dentre as pesquisas, é de entendimento que a dosagem de leucopenia com neutropenia relativa é comum, assim como trombocitopenia, alteração de coagulação e aumento do tempo de protrombina. Entretanto, observando os níveis de bilirrubinas e albumina que podem ficar intensamente elevados durante vários meses. Além disso, haja vista que títulos altos podem ser encontrados longos períodos após a contaminação, é importante que se tenha os exames de teste sorológico, hemograma completo, análise de urina e testes de coagulação, que determina mais especificamente a ocasião da contaminação, o que é extremamente importante para identificação da doença diminuindo os riscos e a transmissão em períodos de viremia. Portanto, até o momento, não há tratamento antiviral específico para a febre amarela, sendo apenas realizado o manejo dos sintomas, entretanto, se usa a vacina. Sendo assim, associado a exames sorológicos, a clínica deve ser observada para identificação de possíveis sequelas e traços da doença como soluço intratável, convulsões e falência de múltiplos órgãos que podem ocorrer na fase final, entre outras alterações. Diante do exposto, observa-se a importância de uma vigilância epidemiológica eficiente para o combate e controle da doença, além da vacinação como estratégia de saúde pública no Brasil.

DESCRITORES: Febre amarela. Imunização. Arboviroses.

[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

CARCINOMA BASOCELULAR: UMA ANÁLISE CONTEMPORÂNEA

LORENA RIBEIRO ALENCAR DO AMARAL[1]; MANUELA BARROS DE ALMEIDA PENAZZI[1]; RAYSSA DA COSTA NÓBREGA[1]; TERESA MARIA RODRIGUES COSTA ARAÚJO[1]; HOMERO PERAZZO BARBOSA[2]

O carcinoma basocelular (CBC) de pele é uma lesão maligna de crescimento lento e com origem nas camadas basais da epiderme. É um dos mais frequentes, dentre os tipos de câncer de pele, e tem prevalência nas pessoas de fotótipos claros, idade avançada, história familiar de carcinomas de pele, olhos e cabelos claros, sardas na infância e imunossupressão, além de aspectos comportamentais, como exercício profissional exposto ao sol, atividade rural e queimaduras solares na juventude. É mais raro nas pessoas com pele escura. O paciente que tem carcinoma basocelular apresenta sintomas como um tumor pequeno, brilhante, firme e elevado, de coloração quase transparente a rosada ou pode apresentar placas mais espessas da cor da pele, as quais parecem uma cicatriz. Apesar das baixas taxas de mortalidade e de rara ocorrência de metástases, o tumor pode apresentar comportamento invasivo local e recidivas após o tratamento, provocando importante morbidade. Tal patologia, pode se apresentar de diferentes formatos e tamanhos, apresentando um crescimento lento e muitas vezes negligenciado pelo paciente por ser semelhante a pequenas lesões mau cicatrizadas na pele. Os CBCs são divididos em cinco subgrupos para a classificação da lesão, podendo se apresentar como: nódulo-ulcerativo, pigmentado, esclerodermiforme ou fibrosante, superficial e fibroepitelioma, sendo a nódulo-ulcerativa a mais comum e localizada, geralmente, na região da cabeça ou pescoço, devido à maior exposição solar. O diagnóstico e classificação do CBC se dá pela análise histopatológica, através de biopsia no local acometido. É uma neoplasia epitelial maligna de células basaloides com núcleos volumosos. A característica que indica o critério para diagnóstico é a presença de agrupamento de células dispostas em paliçada perifericamente e com uma fenda entre o estroma e o parênquima tumoral. A configuração dos agrupamentos celulares, a velocidade de crescimento e o tamanho celular pode variar dependendo do subgrupo do CBC apresentado pelo paciente. Na abordagem terapêutica do CBC existem muitas modalidades de tratamento, devendo-se considerar aspectos como a idade e condições clínicas do doente, resultado estético, localização anatômica, tamanho e limites do tumor, além do padrão histológico, número de lesões e se o tumor é primário ou recidivado. Dentre as opções de abordagem terapêutica temos curetagem, eletrocauterização, cirurgia excisional, cirurgia micrográfica de Mohs, administração de fluorouracila, radioterapia, terapia fotodinâmica e criocirurgia. Além disso, existem muitos tratamentos para o câncer de pele, mas a reconstrução após excisão cirúrgica é etapa essencial.

DESCRITORES: Câncer de pele, características, diagnóstico.

[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

NOVAS TENDÊNDIAS DO TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

LUANA SANTIAGO DE SOUSA LIMA[1]; MARIA GERLIANE RODRIGUES FONSECA CAVALANTE[1]; MAIELLY DANTAS DOS SANTOS[1]; SUÉLIO RONALDO PEREIRA DE VASCONCELOS MORAIS[1]; MARCOS ANTÔNIO ALDES DE MEDEIROS[2]

A esclerose múltipla é ocasionada por uma resposta autoimune do corpo, a qual atacando a bainha de mielina e ocasionando uma desmielinização no Sistema Nervoso Central. Com essa perda os impulsos nervosos ficam mais lentos e o paciente pode sentir dificuldade em realizar determinadas ações. Os pacientes podem ter ou não surtos e os sinais e sintomas dependem da área afetada, podendo ser definitivos ou transitórios. Nos últimos anos, além do tratamento invasivo existe também o tratamento fisioterapêutico que, segundo estudos, está apresentando resultados positivos quanto à movimentação física dos portadores como, também, melhora na sua qualidade de vida. O presente estudo teve como objetivo trazer as diversas formas de tratamento da esclerose múltipla. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico em livros-texto especializados e artigos originais na base de dados do PUBMED e SCIELO, publicados entre os anos de 2015 a 2020. Observamos que o principal objetivo do tratamento na EM é a redução do risco de ocorrências de novos surtos e da progressão da incapacidade neurológica. Os surtos da EM podem ser tratados com pulsoterapia de metilprednisolona endovenosa para acelerar a recuperação funcional. O Ministério da saúde é o responsável pela liberação do uso desses medicamentos, que são: Interferon beta (INFė) e o Acetato de glatirâmer (AG). Além disso, esse órgão, também, deliberou a distribuição gratuita para o tratamento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, existe o uso das estatinas para tratamento na EM, onde além de diminuir o colesterol estão tendo efeito anti-inflamatório e imunossupressores, apresentando ainda menos efeitos colaterais comparados aos imunossupressores. Existe, também, o transplante de células tronco, porém ainda é um protocolo de pesquisa e indicado na refratariedade terapêutica. Esse método mostra uma estabilização clínica, mas não uma melhora objetiva. A terapia é uma ferramenta eficaz para ajudar o paciente a lidar com as emoções que surgem em todas as fases da doença, à medida que a doença progride, e o exercício físico é usado sempre como uma terapia paliativa. O tratamento por imunossupressores, como também o tratamento fisioterapêutico, estão melhorando a vida dos portadores, diminuindo os surtos e, aumentando a qualidade de vida por exercícios físicos. Diretrizes de conduta podem ser delineadas para diferentes situações clínicas. Estas diretrizes serão periodicamente revistas e modificadas a medida que novas evidências científicas sobre o tratamento da EM estiverem disponíveis.

DESCRITORES: Esclerose Múltipla; Desmielinização; Interferon beta

[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

TESTE ELISA E SUA IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE: UM OLHAR COMPARATIVO SOBRE O ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO

LUIZA CARLA DA CRUZ XAVIER[1]; LUIZA MONYCK HAAS[1]; MARINA DE MEDEIROS JOSINO[1]; NICOLLY DAVID BARROS[1]; CLÉLIA DE ALENCAR XAVIER MOTA[2]

Os ensaios imunológicos atrelam-se à identificação de antígenos e anticorpos dos patógenos presentes no paciente a partir de amostras de sangue extraídos e analisados em laboratório. Hodiernamente, os Ensaios Imunoenzimáticos (ELISA) conotam demasiada relevância para detectar diversas patologias, tais como infecções parasitárias, HIV, HBsAg (hepatite B), dentre outros. O ELISA é comumente utilizado em triagens, por conseguinte de sua alta sensibilidade, entretanto, devem ser consideradas medidas para assegurar sua eficácia, a exemplo evitar que ocorra a fotodecomposição e realizar manutenção periódica para impedir acúmulos de compostos químicos. Este resumo foi realizado com base na busca ativa de informações, por meio de artigos científicos selecionados na biblioteca virtual Scientific Eletronic Library Online (SciELO), priorizando os artigos dos últimos 5 anos, de língua portuguesa e inglesa. O objetivo consiste em analisar e discutir a importância do teste ELISA, comparando os tipos dessa técnica. A partir de reações enzimáticas, o ELISA fundamenta-se na relação antígeno-anticorpo, e possui uma diversidade significativa, podendo destacar os métodos: indireto, direto, sanduíche e de competição. O indireto utiliza um anticorpo secundário marcado, tendo como resultado uma maior especificidade, enquanto o direto possui baixa sensibilidade, consequentemente ao fato da conjugação do anticorpo primário com a fluorescência estarem sobre o alvo sem intermediários, favorecendo o seu desuso. O ELISA de captura atrela-se à interação de um específico anticorpo de captura concomitantemente a uma placa adsorvida, sensibilizando-a. Destarte, há outra técnica relevante que promove a competição entre o antígeno marcado e o alvo quando esse tem poucos epítopos de ligação, denominando-se ELISA de competição. Portanto, é válido ressaltar que o teste em questão conota demasiada valia para a detecção de coproantígenos comparados às técnicas imunoenzimáticas e biologia molecular (PCR), considerados padrão ouro para análises de variadas infecções parasitárias, salientando, também, a sua relevância que transcende as hipóteses e corrobora para diagnósticos sólidos. Logo, é plausível reiterar as vantagens dessa técnica, como a alta sensibilidade, baixo custo, ótimo perfil de segurança e favorecimento da quantificação do anticorpo ou antígeno.

DESCRITORES: ELISA. Ensaio de imunoadsorção enzimática. Testes 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

ANÁLISE DA PATOLOGIA E SINTOMATOLOGIA DA DIABETES INSIPIDUS

MARIA EDUARDA BRAZ MOREIRA[1]; RAPHAEL BATISTA DA NÓBREGA [2]

O diabetes insipidus é uma forma menos conhecida do diabetes, onde é dividido em: Diabetes Insipidus Central (DI) e Diabetes Insipidus Nefrogênico (DI nefrogênico). O paciente que apresenta DI tem deficiência na produção e secreção da arginina-vasopressina (ADH). Pode ser hereditária, onde desde o nascimento o individuo apresenta diminuição significativa dos núcleos supra-ópticos e paraventricular do hipotálamo (o sistema conhecido como hipotálamo-hipofisário que produz a vasopressina ou hormônio antidiurético), ou adquirida, ocorrendo destruição ou degeneração dos neurónios que se originam nesses locais. A sintomatologia da DI, podem ter origem insidiosa ou súbita e são poliúria (grande volume de urina) e polidipsia (sede constante), em vez de apresentar coloração amarela, esta se apresenta de cor pálida, incolor e de aparência aquosa, e sua concentração plasmática de sódio é baixa (hiponatremia). O DI nefrogênico é uma doença geneticamente heterogênea, causada por um defeito da concentração urinária, em que o paciente apresenta resistência hormonal causada por um defeito na permeabilidade induzida pelo AVP nos túbulos distais e, ou na coleta de água pelos túbulos, podendo resultar em síndromes poliúricas, e inclui doença medular com baixa osmolaridade intersticial, insuficiência renal e diurese osmótica. Pode ser hereditária, onde a maior parte dos pacientes são do sexo masculino com a forma recessiva ligada ao X, que apresentam mutações no gene do receptor 2 da AVP, que codifica o vasopressina V receptor, ou adquirida, onde ode ser causado por certos medicamentos que bloqueiam a ação da vasopressina, como o lítio. Ocorre excreção aumentada de urina hipotônica, resultante da ingestão excessiva de água, ou alterações nos canais de aqüaporina-2 (AQP2). A hiponatremia pode ocorrer por depleção de sal, mecanismos dilucionais ou metabólicos. A sua sintomatologia tem inicio na infância e o paciente apresenta história familiar positiva. Apresenta sinais e sintomas da DI, tem um achado adicional que é a hipostenúria resistente à administração da vasopressina. Ocorre também, devido as mutações inativadoras no receptor AVPR2, desidratação neonatal, hipernatremia e hipertermia. Os episódios de desidratação podem ser tão severos que diminuem a pressão de perfusão arterial, levando a uma oxigenação deficiente no cerébro, rins e outros orgãos. Nesse contexto, este estudo teve por finalidade abranger a fisiopatologia e sintomatologia do Diabetes Insipidus, a fim de obter um maior esclarecimento sobre essa forma menos conhecida da enfermidade entre a população, realizando uma revisão de literatura das plataformas: Sanarflix e Uel.

DESCRITORES: Poliúria. Hiponatremia. Insipidus.

[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

TETRALOGIA DE FALLOT: QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

MARÍLIA GABRIELA CHALEGRE SANTOS [1]; VALDISMAR NERGINO FERREIRA SOBRINHO [1]; WALÉRYA SIQUEIRA BATISTA RODRIGUES [1]; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES VIANA [2]

A Tetralogia de Fallot compõe o grupo de cardiopatias cianogênicas definida pela existência de quatro defeitos: comunicação interventricular, estenose pulmonar, dextroposição da aorta e hipertrofia do ventrículo direito. As manifestações clínicas desta patologia impactam diretamente na qualidade de vida dos seus portadores e consistem em contínuas crises cianóticas, sopro cardíaco, dispneia durante as refeições, perda de consciência, baqueteamento digital, hipoxemia e crescimento lento. Trata-se de uma doença frequente, cuja conduta terapêutica é variável, mostrando bons resultados após correção cirúrgica total. Com os avanços tecnológicos para a melhoria das condições de nascimento e de assistência à saúde, observou-se um aumento da sobrevida de crianças que nascem com algum tipo de anomalia congênita. Diversos estudos relatam tais progressos feitos na área de correção da cardiopatia, contudo, raros são os dedicados à análise da qualidade de vida após o procedimento. Por esta razão, buscou-se, por meio da revisão bibliográfica, avaliar como a Cardiopatia supracitada afeta, a longo prazo, o bem-estar dos seus portadores. Para isso, utilizou-se de base de dados online - SciELO, PubMed, LILACS e BVS - como fontes de informação acerca deste aspecto e os seguintes descritores: cardiopatias congênitas, tetralogia de fallot, pós-operatório. Os aspectos psicológicos encontrados englobam os possíveis efeitos da hospitalização e de procedimentos cirúrgicos, evidenciando que o somatório dessas experiências com os fatores de agravo da própria cardiopatia afeta os pacientes e suas famílias. Nesse contexto, nota-se a importância da presença familiar e das atividades de lazer na vida dos indivíduos portadores da Tetralogia de Fallot, para que haja o alcance da sensação de bem-estar mesmo diante das limitações enfrentadas por esses indivíduos, como as restrições físicas e uso de medicamentos. Os estudos comprovam tal questão, constatando que lazer e família estão associados às experiências mais felizes para os cardiopatas. Assim, como complemento no processo de recuperação, é indicado a Reabilitação Cardiovascular, um acompanhamento multiprofissional objetivando melhora física e psicológica dos pacientes. A reabilitação possibilita maiores estímulos para hábitos saudáveis, como a prática de exercício físico e uma alimentação balanceada, além de uma maior inclusão e entendimento no contexto familiar e social do paciente. É indispensável, portanto, o atendimento humanizado que englobe os aspectos clínicos, psicológicos e mentais dos portadores da Tetralogia de Fallot, mediante a assistência integral a esses indivíduos e capacitação adequada dos profissionais de saúde envolvidos, a fim de melhorar a qualidade de vida e o prognóstico de pacientes acometidos por cardiopatias congênitas.

DESCRITORES: Tetralogia de Fallot. Cardiopatias. Longevidade.

[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

FEBRE REUMÁTICA: A PATOLOGIA QUE ABRAÇA O CORAÇÃO

MATHEUS BRAGANTE FERNANDES PIMENTA[1]; NICOLE LIMA COELHO[1]; PAULO FERNANDO CALDAS JUNIOR[1]; JULIANA MACHADO AMORIM[2]

Introdução: A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória sistêmica autoimune aguda que configura uma das complicações não supurativas da faringoamigdalite pelo Streptococcus pyogenes (estreptococo beta-hemolítico do grupo A). Essa doença ocorre por uma resposta imune de reação cruzada entre o estreptococo beta-hemolítico do grupo A e epítopos do hospedeiro, cursando com comprometimento multissistêmico (articulações, coração, pele, tecido subcutâneo e sistema nervoso central), de forma transitória, a exceção do acometimento cardíaco que pode levar a sequelas valvares permanentes. Objetivo: Demonstrar o conhecimento sobre febre reumática e os danos cardíacos causados quando não tratada. Metodologia: Trata-se de uma revisão da literatura realizada nos bancos de dados SCIELO, SCIELO e PUBMED. Resultado e discussão: É muito importante diagnosticar a febre reumática para realizar o tratamento adequado, que é feito à base de antibióticos, uma vez que não tratada pode causar danos no coração. O acometimento cardíaco é global, afetando os três folhetos: endocárdio (sendo esse universalmente afetado); miocárdio e pericárdio, ou seja, a cardite reumática deve ter sempre sinais de valvulite, podendo ou não ter alterações miocárdicas e/ou pericárdicas. Quando há acometimento dos três folhetos, ocorre a pancardite reumática exsudativa. Na FR, o acometimento mais comum é de insuficiência mitral, com duração de cerca de 2 meses, com evolução para estenose ou lesão dupla mitral na fase crônica da doença, caso haja acometimento do miocárdio, podem estar presentes sinais e sintomas de falência sistólica ventricular (edema pulmonar, turgência jugular patológica, hepatomegalia congestiva e edema periférico). O acometimento pericárdico pode ocasionar dor torácica do tipo “pleurítica”. Na ausência de tratamento da FR em cerca de 4 semanas, pode causar um quadro de cardite reumática. A mortalidade está relacionada ao choque cardiogênico e/ou edema agudo de pulmão, quadro que é incomum no primeiro episódio, mas passa a ser mais frequente caso haja recorrência, o que aumenta a mortalidade e destaca a importância da profilaxia secundária. Conclusão: A presença do quadro inflamatório leva à presença de taquicardia no paciente com cardite reumática. Apesar de ser uma doença reumática, pode levar a insuficiência cardíaca, que pode levar ao óbito.

DESCRITORES: Febre Reumática. Artrite. Cardite.

[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 ASSOCIADA A PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

MONNA MIRELLA MATIAS VASCONCELOS[1]; RAYANNE BARBOSA ANACLETO DE ARRUDA[1]; THAMILLES BEZERRA SILVA[1]; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS[2]

A Doença de Chagas é uma doença infecciosa causada pelo protozoário Trypanosoma cruzi encontrado nas fezes do inseto vetor Triatoma infestans (barbeiro). Pode causar a cardiopatia chagásica crônica que tem como substrato morfológico fundamental uma inflamação progressiva e fibrosante do miocárdio. As miofibrilas demonstram graus variáveis de degeneração, podendo chegar à atrofia e necrose em algumas áreas e apresentar-se hipertrofiadas em outras. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho é discorrer sobre os aspectos gerais da Doença de Chagas congênita relacionada a cardiopatia chagásica. Realizou-se um levantamento bibliográfico de artigos originais, publicados em língua portuguesa na base de dados SCIELO e no Portal da Doença de Chagas da Fundação Oswaldo Cruz. Os dados obtidos revelaram que a Doença de Chagas afetou cerca de 6 milhões de pessoas em 2010, com média anual de 14000 mortes e 8000 recém nascidos infectados durante a gestação. Pacientes chagásicos hipertensos demonstram uma maior incidência de HAS que os pacientes não chagásicos, demostrando assim, a chagas como um facilitador para a doença, sendo 16,8% na forma indeterminada. Já nos pacientes com ICC, a presença de HAS chegava a 34%, evidenciando caráter somatório e progressivo de ambas doenças. Quanto à coronariopatia, existem evidências na literatura mostrando que IAM é causado por insuficiência coronária obstrutiva, tanto em chagásicos como em não chagásicos. Num estudo envolvendo 395 pacientes com IAM, 9,9% deles chagásicos, coronárias normais foram encontradas em 7,7% dos chagásicos e em 7,8% dos não chagásicos, não havendo diferenças também em relação às características clínicas, fatores de risco e evolução hospitalar nos dois grupos. A transmissão vertical da doença de Chagas ocorre geralmente entre a 22ª e 37ª semanas de gestação. O diagnóstico pode ser obtido por meio dos testes parasitológicos ou sorológicos como ELISA e IFI. O principal tratamento é por meio dos medicamentos Benzonidazol e Nifurtimox que possuem mecanismos que danificam o DNA do parasito. É notório que apesar da via congênita da doença de Chagas estar em constante ascensão, ainda é negligenciada. Assim, há necessidade de uma melhoria nas condições de moradia, saneamento básico, investigação

DESCRITORES: Chagas. Cardiopatia. Trypanosoma cruzi.

[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

RODRIGO MARINHO COELHO DE MEDEIROS[1]; LUCAS SIMÕES ANDRADE DE FRANÇA[1]; PEDRO PAULO MEDEIROS DO Ó[1]; FRANCISCO MACÊDO CRUZ NETO[1]; IDELTONIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA[2]

O Enfisema Pulmonar é uma Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que tem como principal característica a limitação do fluxo do fluxo aéreo pulmonar, ela é uma doença geralmente progressiva e pode ser parcialmente reversível, com capacidade de prevenção e tratamento.Objetivo: Este resumo tem como principal objetivo descrever as características fisiopatológicas decorrentes do Enfisema Pulmonar.Metodologia:Como instrumento utilizado para obtenção de dados bibliográficos acerca da temática, consultou-se as bases de dados: Scielo (Scientific Eletronic Library Online), PubMed e Medline, entre o período de 2005 a 2020. Utilizou-se como descritores: “doença pulmonar obstrutiva crônica”,” hiperinsuflação pulmonar”, “tabagismo”, de acordo com os Descritores em Ciências e da Saúde (DeCS).Resultados e discussões:O termo enfisema pulmonar literalmente significa excesso de ar nos pulmões e isso decorre devido ao aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, assim causando uma destruição das paredes alveolares e da elastina, que é uma proteína pulmonar que lhe confere suas propriedades elásticas, e por causa disto gera uma obstrução do ar no interior dos pulmões.Esta doença pode decorrer devido a alterações fisiopatológicas, como uma infecção crônica por exemplo, causada por muito anos de tabagismo, que é a principal causa da doença, assim por causa da inalação de fumaça e outras substâncias, há uma irritação dos brônquios e bronquíolos , o que afeta os mecanismos normais de proteção das vias aéreas e ocasionando também uma paralisia parcial dos cílios de epitélio respiratório por causa da nicotina, o que faz com que o muco não possa seja secretado para fora das vias aéreas com facilidade.Conclusão: O enfisema pulmonar crônico tem um progressão lenta ao longo dos anos, e com isso pode causar hipóxia e hipercapnia no paciente devido a anos de hipoventilação, o que gera uma grande falta de ar e outro malefícios, podendo até levar o paciente a óbito.Palavras chaves:Enfisema Pulmonar; Tabagismo; Doença Pulmonar ObstrutivaReferências:-PETTA, Antonio Di. Patogenia do enfisema pulmonar–eventos celulares e moleculares. einstein (São Paulo), v. 8, n. 2, p. 248-251, 2010.-GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006.

DESCRITORES: Enfisema pulmonar.Introdução: O Enfisema Pulmonar é uma Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que tem como principal característica a limitação do fluxo do fluxo aéreo pulmonar, ela é uma doença geralmente progressiva e pode ser parcialmente reversív

[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: ASPECTOS CLÍNICOS DECORRENTES DA INFECÇÃO POR PROTOZOÁRIO T. CRUZI

SAYONARA BRUNA MESQUITA [1]; ESMÊNIA MARIA BRASILEIRO DA SILVEIRA[1]; TAYNÁ VIEGAS ALBINO [1]; WERUSKHA BARBOSA[2]

A doença de Chagas é uma endemia muito comum em países subdesenvolvidos com estimativas de 12 milhões de infectados a cada ano nas Américas. Essa infecção é causada pelo protozoário Trypanosoma cruzi, apresenta uma fase aguda que pode ser sintomática ou não, podendo evoluir para as formas crônicas caso não seja tratada precocemente. Para obter diagnóstico, é realizada a visualização do parasita no sangue e/ou detecção de anticorpos no soro. Trata-se de um estudo abrangente baseado na literatura científica por meio de artigos publicados no Scielo, além de dissertações científicas, visando o aprofundamento acerca dos aspectos clínicos da doença de Chagas. A transmissão principal ocorre via vetorial, quando o inseto infectado defeca e lança na pele lesada a forma tripomastigota metacíclica. A transmissão pode ocorrer também por transfusão de sangue contaminado, durante a gravidez, da mãe para o filho, e através de transplante de órgãos de doadores infectados. A doença tem dois estágios: agudo e crônico. A fase aguda pode ser assintomática ou apresentar sintomas moderados como febre, mal-estar, inchaço de um olho (sinal de romaña), vermelhidão no local da picada, dores no corpo, náusea, diarreia ou vômito. Tais sintomas podem desaparecer sozinhos, mas se persistirem e não for tratada, a doença pode evoluir para fase crônica. O objetivo do tratamento é matar o parasita causador, reduzir e aliviar os sintomas. O Benznidazol é a droga de escolha no tratamento da doença de Chagas aguda e deve ser feito por 60 dias, devendo a dose variar de acordo com o peso do paciente. Outros tratamentos poderão se fazer necessários, dependendo dos sintomas apresentados pelo paciente, como problemas cardiovasculares ou digestivos. O médico deve dar a devida orientação para cada caso específico. Sendo assim, para romper com o ciclo de negligência que envolve a doença de Chagas, é fundamental educar as pessoas sobre os fatores de risco de infecção, contar com protocolos de manejo clínico atualizados, profissionais de saúde treinados e a disponibilidade de insumos para a oferta de diagnóstico, feito através da visualização de parasitas no sangue e também da detecção de anticorpos no soro e tratamento realizado com o uso de Benzonidazol. Ademais, a prevenção deve ser feita de modo que evite a proliferação do inseto vetor nas residências, bem como as boas práticas de higiene na manipulação de alimentos e assim, decaia a infecção pelo protozoário e consequentemente, os aspectos clínicos decorrentes da mesma.

DESCRITORES: Palavras-chaves: Doença de Chagas.Trypanosoma Cruzi. Protozoário

[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