

revista

ISSN: 2447-8539

MASTER

ensino, pesquisa e extensão

ANAIS V RODA DE CASOS CLÍNICOS

VOLUME 4, NÚMERO 8, SUPLEMENTO 1 (2019)

DOI: [10.5935/2447-8539.20190023](https://doi.org/10.5935/2447-8539.20190023)

IMEPAC

ANAIS V RODA DE CASOS CLÍNICOS

TEORIA E PRÁTICA: INTEGRAÇÃO E OLHAR MÉDICO

CURSO DE MEDICINA IMEPAC ARAGUARI
SETEMBRO DE 2019

INSTITUTO MASTER DE ENSINO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – IMEPAC

Av. Minas Gerais, 1889 – Bairro Centro
Araguari – Minas Gerais. CEP. 38440-042
Tel.: (34) 3249-3900

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Direção Executiva

José Júlio Lafayette Rodrigues Pereira

Direção Geral

Divânia Araújo Freitas

Direção de Graduação e Pós-graduação

Roberto Félix Iasbik

Direção de Graduação e Pós-graduação de Medicina

Marcelo Cardoso Assis

COMISSÃO ORGANIZADORA

Luís Fernando Soares Gomes
Carolina Ermida Spagnol
Karine Bisinoto Fernandes
Ana Marcella Cunha Paes
Herbert Cristian de Souza

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente:

Luís Fernando Soares Gomes

Membros:

Marcelo Cardoso de Assis
Marislene Pulsena da Cunha Nunes
Alex Miranda Rorigues
Zelma José dos Santos
Ana Helena Bittencourt Alamy

COMISSÃO DE PUBLICAÇÃO

Herbert Cristian de Souza

EDITORIAL

V RODA DE CASOS CLÍNICOS: integração e olhar médico

Luís Fernando Soares Gomes¹

A iniciação científica é considerada uma atividade de grande importância para a formação do universitário, uma vez que dá ao aluno de graduação a oportunidade de ter o primeiro contato com a prática da pesquisa e ver a aplicação dos conceitos ensinados na sala de aula.

Orientado por um preceptor qualificado, o estudante aprende técnicas e métodos de pesquisa, e desenvolve seu senso crítico. É uma etapa em que o aluno lida com questões básicas da investigação científica, tais como a sistematização de ideias e de referenciais teóricos, a síntese de observações ou experiências, entre outras inerentes ao trabalho de um pesquisador.

Trata-se de uma experiência que um estudante de graduação pode ter, pois mesmo que não siga a carreira de pesquisador ele terá a oportunidade de complementar sua formação acadêmica, aprimorar seu conhecimento e se preparar melhor para a vida profissional.

Atualmente as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina têm como meta formar discentes capacitados para trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) fornecendo o subsídio necessário para garantir a continuidade do ensino, da pesquisa e da extensão.

Dessa maneira, observa-se uma necessidade de preparar o futuro profissional da saúde para possíveis situações a serem encontradas utilizando-se discussões de casos clínicos baseados em experiências reais, presenciadas pelos próprios alunos ao longo de sua formação. Tornar-se possível, por meio desta ferramenta, o desenvolvimento do raciocínio clínico, bem como permitirá a familiarização do estudante de medicina com o ambiente em questão.

Baseado nisso e atrelada ao processo de ensino-aprendizagem do IMEPAC, a V Roda de Casos Clínicos foi desenvolvida sob a luz da metodologia de problematização, sendo utilizado como ferramenta para a construção dos casos clínicos. Neste sentido, a Roda tem como objetivo discutir casos clínicos vivenciados em momentos de práticas por discentes do curso de graduação, desenvolver bases para o raciocínio clínico por meio dos casos discutidos, promover momentos de reflexão e aprendizagem e difundir o conhecimento adquirido durante os momentos práticos vinculados ao curso de medicina.

SUMÁRIO

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO E CONTROLE DO PÉ DIABÉTICO: UM RELATO DE CASO	10
Bruna Larisse Lopes Couto ¹ ; Graziella Cristina Dutra Ferreira ¹ ; Lanna Silva Amorim ¹ ; Valéria Batista de Amorim Alves ¹ ; Alex Miranda Rodrigues ¹ ; Nancelio Silva Amaral ²	10
ABDOMEN AGUDO PERFURATIVO PÓS-CESÁREA: UM RELATO DE CASO	14
Bruna Aparecida dos Santos Toneto ¹ ; Lano de Sousa Moreira ¹ ; Isabel Cunha Santos ¹ ; Izabela Silva Rezende ¹ ; Patrícia Dias Neto Guimarães ²	14
ABDOMEN AGUDO INFLAMATÓRIO: ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE EM ADULTO JOVEM	18
Bruna Aparecida dos Santos Toneto ¹ ; Lano de Sousa Moreira ¹ ; Isabel Cunha Santos ¹ ; Izabela Silva Rezende ¹ ; Fabrício Gomes da Silva ²	18
APENDICITE AGUDA EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO	23
Ezimar Oliveira dos Santos Sobrinho ¹ ; Fernanda Carolina Zelante Menegasso ¹ ; Isabel Cunha Santos ¹ ; Izabela Silva Rezende ¹ ; Roberta Ribeiro Souto ²	23
DIVERTICULITE AGUDA: POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO, UM RELATO DE CASO	26
Isadora Viana Veiga ¹ ; Brenda Tolentino Costa do Carmo ¹ ; Larissa Gomes Espinosa ¹ ; Natália Rabelo Gonzaga ¹ ; Thiziane de Oliveira Palácio ¹ ; Jéssica Ivana Dias da Silva ¹ ; Kátia Gomes Peixoto ¹ ; Jackeline Ribeiro Oliveira Guidoux ²	26
DIAGNÓSTICO DE DEGENERAÇÃO HEPATOLÉNTICULAR (DOENÇA DE WILSON) EM PACIENTE AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI-MG	30
Alexandre Branquinho Coelho ¹ ; Arthur Scalon Inácio ¹ ; Isabel Cunha Santos ¹ ; Izabela Silva Rezende ¹ ; João Pedro Perfeito Frigo ¹ ; Valério Ferreira da Cunha Neto ¹ ; José Rubens de Andrade ²	30
INDICAÇÃO DE MITRACLIP® PARA CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA MITRAL POR PROLAPSO VALVAR	34
Bruna Aparecida dos Santos Toneto ¹ ; Ezimar Oliveira dos Santos Sobrinho ¹ ; Fernanda Carolina Zelante Menegasso ¹ ; Henrique Damasio Saboia ¹ ; Isabel Cunha Santos ¹ ; Izabela Silva Rezende ¹ ; Lano de Sousa Moreira ¹ ; João Pedro Perfeito Frigo ²	34
ESTENOSE DE JUP CONGÊNITA CAUSADA POR ARTÉRIA ANÔMALA POLAR	38
Christhyane Diniz Santos ¹ ; Fernando Diákson Gontijo Soares ¹ ; Laís Martins Borges ¹ ; Natália Marques Parreira ¹ ; Victor Costa Monteiro ¹ ; Glycério Assis Ferreira Neto ²	38
RECIDIVA DE MAL DE POTT	42
Ana Luisa Dias do Vale Ferreira Silva ¹ ; Gabriela Carilli Zumpano Oliveira ¹ ; Isadora Karla Silvestre Guerra ¹ ; Joice Naresse Falcetti ¹ ; Guilherme da Costa Untura ²	42

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO PARA SOBREVIDA CARDÍACA 45

Arthur Florêncio Rodrigues¹; Letícia Gonçalves da Costa¹; Pedro Henrique Borges de Oliveira¹;

Rodrigo Kamimura² 45

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO E CONTROLE DO PÉ DIABÉTICO: UM RELATO DE CASO

BRUNA LARISSA LOPES COUTO¹; GRAZIELLA CRISTINA DUTRA FERREIRA¹; LANNA SILVA AMORIM¹; VALÉRIA BATISTA DE AMORIM ALVES¹; ALEX MIRANDA RODRIGUES¹; NARCELIO SILVA AMARAL²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: couto.bruna3010@gmail.com

DESCRIÇÃO DO CASO

W.J.O., masculino, 50 anos, branco, casado, aposentado por invalidez há 1 ano, procedente/residente de Araguari - MG. Portador de diabetes mellitus tipo 2 há 14 anos, acompanhado na UBS próxima a sua residência há 4 anos, onde iniciou tratamento regular. Apresenta duas lesões ulcerativas na região plantar em cada pé.

Medicações em uso: Glifage 500 mg (2 comprimidos ao dia); Glimepirida 4 mg (1 comprimido após o almoço); Hidroclorotiazida 25 mg (1 comprimido pela manhã); Losartana 50 mg (2 comprimidos ao dia); Venaflon 500 mg (2 comprimidos ao dia); Omeprazol 20 mg (2 comprimidos pela manhã em jejum, há 3 anos); Ciprofloxacino 500 mg (1 comprimido de 12/12 horas) e Clindamicina 300 mg (1 comprimido de 8/8 horas) durante 6 semanas em decorrência de uma infecção localizada em pé direito.

Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica há 18 meses, DM tipo 2 há 14 anos com representação social preconceituosa dos familiares, ex-tabagista há 30 anos (0,25 maços/ano), etilista durante 10 anos e cessou há 5 anos. Postectomia há 26 anos, safenectomia de membro inferior esquerdo há 16 anos e amputação do 3º, 4º e 5º pododáctilos há 3 anos. Pais hipertensos e 3 irmãos diabéticos.

Exame físico: bom estado geral, consciente, mucosas úmidas e normocoradas, acianótico, anictérico, afebril. Pele hidratada. Aparelho cardiovascular: bulhas normofonéticas em dois tempos, ausência de sopros, ritmo taquicárdico (frequência cardíaca: 153 bpm; pressão arterial: 140 x 90 mmHg em ambos os membros superiores). Aparelho respiratório: murmúrio vesicular fisiológico difuso, ausência de ruídos adventícios. Aparelho osteomuscular: Pé direito: temperatura da pele sem alterações, arco plantar plano, dedos em garra, unhas cortadas em forma reta, ausência de fraqueza muscular, pulsos presentes. Úlcera na região plantar de 4 cm, hiperqueratose circulante, ausência de secreção. Lesão perfurada com bordas planas em 2º pododáctilo de aproximadamente 0,5 cm de extensão, umedecimento moderado entre os dedos e edema inelástico e indolor (3+/4+). Pé esquerdo: úlcera em região plantar de 1,5 cm de extensão, hiperqueratose circulante, arco plantar plano, dedos em garra, 3º, 4º e 5º dedos amputados há 3 anos. Exame neurológico: consciente e orientado em tempo e espaço, marcha sem alterações, sensibilidade tátil reduzida e dolorosa ausente. Teste de monofilamento de 10 gramas em pé direito com perda de sensibilidade em mais de 4 pontos de pressão testados e em pé esquerdo, perda de sensibilidade em dois pontos de pressão testados.

Exames complementares (18/06/2019): glicemia de jejum 121 mg/dl; hemoglobina glicada 5,7%.

DETERMINANTES SOCIAIS

- Aposentado por invalidez há 1 ano.
- Baixa renda (2 salários mínimos).
- Escolaridade – ensino fundamental incompleto.

- Discriminação social sofrida em decorrência ao pé diabético.
- Paciente polifarmácia.

LISTA DE PROBLEMAS

- Diabético.
- Hipertenso.
- Pé diabético – desconhecimento sobre a realização correta da higiene e dos cuidados necessários.
- Tratamento medicamentoso irregular.
- Ulceração em região plantar bilateral.
- Uso de calçados em mal estado de conservação.

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAL/FAMILIAR

O pé diabético é uma entidade clínica de base etiopatogênica neuropática, induzida pela hiperglicemia sustentada, em que, com ou sem coexistência de doença arterial periférica, e com prévio traumatismo desencadeante, se produz ulceração do pé. Essa patologia é diretamente determinada pelos efeitos da neuropatia, da isquemia e da infecção. O pé diabético pode ser dividido em dois tipos, o neuropático, em aproximadamente 65% dos casos, e o neuro-isquêmico, em 35% dos casos. (DUARTE; GONÇALVES; 2011).

Mais de 120 milhões de pessoas no mundo sofrem de diabetes mellitus e muitos destes indivíduos apresentam úlceras nos pés. Muitos diabéticos perdem a sensibilidade nos membros inferiores, podendo desenvolver deformidades e, conseqüentemente, não percebem o surgimento de traumas superficiais repetitivos ou rachaduras na pele ou danos nos pés. O espectro das lesões nos pés varia de acordo com a região do mundo, devido às condições socioeconômicas, padrões de cuidados e a qualidade dos calçados. (BRASIL; 2001).

Aproximadamente 85% das amputações das extremidades inferiores relacionadas ao diabetes são precedidas de ulceração nos pés. Os fatores mais importantes relacionados ao desenvolvimento de úlceras são a neuropatia periférica, traumas superficiais e deformidades nos pés. (BRASIL; 2001). Os doentes com lesões de pé diabético apresentam, frequentemente, complicações múltiplas do diabetes, havendo necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Deste modo, diferentes profissionais da saúde se encontram envolvidos, como endocrinologistas, enfermeiros especializados, podologistas, cirurgiões vasculares, ortopedistas e médicos de família. (DUARTE; GONÇALVES; 2011).

Existem diferentes classificações utilizadas com maior frequência para a úlcera do pé diabético. Segundo a Classificação de Wagner, os graus variam de zero (0) a cinco (5), sendo este último o mais grave. O grau zero (0) refere-se ao risco elevado de desenvolvimento de pé diabético, porém com ausência de úlcera; grau um (1) presença de úlcera superficial não infectada em termos clínicos; grau dois (2) úlcera profunda e ausência de abscesso ou osteomielite; grau três (3) presença de úlcera profunda associada à osteomielite ou formação de abscesso; grau quatro (4) gangrena localizada; grau cinco (5) presença de gangrena em todo o pé. (DUARTE; GONÇALVES; 2011).

O pé diabético é atualmente uma preocupação mundial devido ao custo humano e financeiro dessa complicação para o Sistema Único de Saúde, sendo a atenção primária a porta de entrada para o manejo, prevenção e conscientização quanto à necessidade do controle da doença e da implantação de medidas simples de assistência preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamentos resolutivos nos estágios iniciais da doença. (CAIAFA et al,2011). Muitas das ulcerações podem ser prevenidas por inspeção regular dos pés, acesso a cuidados especializados e calçados adequados. Calçados impróprios, novos e de uso apenas recente,

ou a falta de calçados desencadeiam traumas e são os principais causadores das úlceras nos pés. Contudo, a maioria dos pacientes diabéticos não realiza inspeção diária e nem os cuidados regulares.

Devido ao elevado custo associado à ulceração nos pés, o impacto deste problema atinge todo o sistema de saúde e pode repercutir na vida social do paciente. (BRASIL; 2001). Para o paciente, afeta sua autoimagem, autoestima, seu papel na família e na sociedade, podendo ocorrer isolamento social e até depressão. (COELHO et al; 2009). O pé diabético é relacionado por pacientes e pela sociedade a sentimentos e desfechos negativos, uma doença limitadora de atividades de vida diária e de qualidade de vida, o que gera uma representação social preconceituosa da enfermidade causando danos psicológicos ao seu portador. (MANTOVANI et al; 2013). Logo, o rastreamento do paciente de risco, o tratamento precoce, além da educação individual, familiar e comunitária são fundamentais para a prevenção da ocorrência do pé diabético e da amputação de membros (CAIAFA et al; 2011).

Para a prevenção tanto das úlceras quanto das amputações faz-se necessário observar diariamente os locais de maior risco para as lesões em membros inferiores em busca da presença de edema, eritema, calosidade, descoloração, cortes ou perfurações, e secura excessiva. Além disso, os pacientes devem ser conscientizados da importância da adesão às orientações prestadas pelos profissionais de saúde que devem envolver, em âmbito individual e coletivo, promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (CUBAS et al; 2017). A equipe multiprofissional deve, portanto, desenvolver atividades educativas e estabelecer estratégias para favorecer a adesão ao tratamento, fazendo com que o paciente diabético se envolva de modo comprometido, tornando-se coparticipante do processo reflexivo de sua enfermidade, de modo que suas ações se desloquem do plano abstrato da informação para o plano concreto da ação e comportamento (ROCHA et al, 2009).

O tratamento da neuropatia diabética envolve primeiramente o controle do nível glicêmico através de exames periódicos como a glicemia de jejum e a hemoglobina glicada, além do cuidado nutricional. Para o tratamento da ulceração como forma de prevenção da amputação, a cessação do tabagismo e etilismo também constituem fatores indispensáveis, assim como o controle da hipertensão arterial, dislipidemia e vasculopatia. Logo, identificar o paciente de risco para ulceração e amputação envolve a elaboração de estratégias para classificação, abordagem multidisciplinar e acompanhamento (CAIAFA et al,2011). Ademais, as recomendações quanto ao autocuidado e ao autoexame dos pés como higiene diária, restrições ao caminhar descalço e orientações sobre calçados adequados podem prevenir a ocorrência do pé diabético (ARAÚJO; MACEDO, 2018).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. L.; MACEDO, J. S. **Análise do Sistema Salvando o Pé Diabético e sua correlação com os níveis glicêmicos**. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília, DF, 2001.

CAIAFA, J. S. et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. **Jornal vascular brasileiro**, v. 10, n. 4, p. 1-32, 2011.

COELHO, M. S. et al. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n.1, p. 65-71, 2009.

CUBAS, M. R. et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioterapia em movimento**, v. 26, n. 3, 2017.

DUARTE, N; GONÇALVES, A. Pé Diabético. **Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular**. v.7, n. 2, 2011.

MANTOVANI, A. M. et al. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.12, p. 2427-2435, 2013.

ROCHA, R. M. et al. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 17-23, 2009.

ABDOMEN AGUDO PERFURATIVO PÓS-CESÁREA: UM RELATO DE CASO

BRUNA APARECIDA DOS SANTOS TONETO¹; LANO DE SOUSA MOREIRA¹; ISABEL CUNHA SANTOS¹; IZABELA SILVA REZENDE¹; PATRÍCIA DIAS NETO GUIMARÃES²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: brunatoneto@yahoo.com.br

DESCRIÇÃO DO CASO

B.A.C., sexo feminino, 29 anos, tabagista, duas gestações prévias sem intercorrências, sendo a última gestação, ocorrida em 2018, o motivo deste relato de caso. Durante o pré-natal realizou 5 consultas médicas, as quais evidenciaram hipotireoidismo gestacional, que foi tratado com Puran T4®. As sorologias do segundo e terceiro trimestres foram realizadas e não apresentaram nenhuma alteração. A via de parto escolhida pela paciente foi a cirúrgica, assim como na primeira gestação que ocorreu há 10 anos. O parto cesáreo eletivo foi realizado com 38 semanas e 3 dias e não apresentou nenhuma intercorrência.

No 8º dia pós-operatório a paciente procurou o Ambulatório de Ginecologia com queixa de dor abdominal difusa, em cólica, de forte intensidade, com irradiação para os membros superiores e região cervical com início há 6 dias. Como sintomas associados apresentou dificuldade para deambular devido à dor e 2 episódios de vômitos com conteúdo esbranquiçado, em pouca quantidade e de aspecto catarral. Mencionou que fez uso de analgésicos e antifisético, porém sem melhora dos sintomas. A paciente informou que fez uso de Fosfo Enema® no 6º dia pós-operatório devido à constipação intestinal, apresentando 3 evacuações após aplicação do medicamento.

Ao exame, a paciente estava em regular estado geral, taquicárdica, febril (39,2°C), com abdome globoso, distendido e doloroso à palpação, principalmente na fossa ilíaca direita, com descompressão brusca positiva. A ferida operatória encontrava-se íntegra, sem sinais flogísticos e secreções.

Foi, então, encaminhada à Unidade de Pronto Atendimento e em seguida internada no hospital público do local onde realizou exames laboratoriais e de imagem. O hemograma evidenciou leucocitose com desvio a esquerda e granulação grosseira nos neutrófilos, a série plaquetária apontou uma hiperplaquetose leve (plaquetas = 408.000/mm³). A PCR estava elevada (66, 5 mg/L) e a radiografia de tórax mostrou imagem sugestiva de pneumoperitônio.

A paciente foi, então, encaminhada para cirurgia, sendo realizada laparotomia exploratória, a qual demonstrou uma perfuração de cólon sem demais achados relevantes. O segmento intestinal acometido foi ressecado e enviado para análise anatomopatológica, que evidenciou quadro de peritonite aguda fibrinopurulenta inespecífica em região do ceco, e pequena parte do íleo, associada a colite inespecífica enantematosa agudizada. O apêndice cecal estava íntegro e com congestão acentuada. Após a cirurgia, foi encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde apresentou boa evolução clínica. Recebeu alta no sétimo dia pós-operatório em bom estado geral.

DETERMINANTES SOCIAIS

- Sexo feminino;
- Jovem (29 anos);

- Tabagista;
- Sedentária;
- Cultural: no Brasil, o parto cesáreo ainda é preferido pelas mulheres em detrimento ao parto vaginal

LISTA DE PROBLEMAS

- Dor abdominal intensa + vômitos + constipação intestinal com uso de Fosfo Enema®;
- Regular estado geral + taquicárdica + febre (39,2°C) + descompressão brusca positiva;
- Hemograma com leucocitose com desvio a esquerda + PCR elevada;
- Radiografia de tórax com pneumoperitônio; -Abdome agudo perfurativo (Síndrome de Ogilvie)
- Laparotomia exploratória: no 9º dia pós-operatório de parto cesáreo evidenciando perfuração de cólon;
- Exame anatomopatológico: peritonite aguda fibrinopurulenta inespecífica em região do ceco e íleo + colite inespecífica enantematosa agudizada + apêndice cecal congesto.
- Necessidade de internação em UTI

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAL/FAMILIAR

O abdome agudo perfurativo é uma das síndromes mais frequentes entre as urgências abdominais não-traumáticas e pode ser caracterizada por uma série de parâmetros, dentre eles o curto tempo de aparecimento dos sintomas; dor intensa, de início súbito com disseminação rápida; toxemia associada e sinais evidentes de peritonite (CORSI, 2012). A perfuração de vísceras ocas pode ser decorrente de diversas causas, dentre elas está a síndrome de Ogilvie (RASSLAN; MORICZ, 2005).

A síndrome de Ogilvie ou pseudo-obstrução aguda do cólon é uma patologia rara, que ocorre devido a um desequilíbrio entre o sistema simpático e parassimpático. A sua principal característica é a distensão abrupta e progressiva do cólon sem obstrução mecânica, que pode evoluir para perfuração, geralmente, do ceco se não diagnosticada a tempo. Essa síndrome acomete principalmente doentes acamados, mulheres em período pós-cesárea e traumatizados (RASSLAN; MORICZ, 2005).

Os dados da anamnese e o exame físico definem ou sugerem o diagnóstico de perfuração. Entretanto, a presença do pneumoperitônio na radiografia simples de abdome ou tórax confirma o diagnóstico (CORSI, 2012).

O tratamento para a Síndrome de Ogilvie pode ser realizado de três formas: conservadora, cirúrgica e descompressão colonoscópica. A escolha depende do quadro clínico de cada paciente, levando em consideração a causa desencadeante e as complicações (ANTONIO et al, 2017). Após confirmação do abdome agudo perfurativo, a paciente foi encaminhada para a cirurgia e todo o tratamento foi ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto do SUS atendendo aos princípios e diretrizes da lei 8.080 (1990) que garante universalidade, integralidade e equidade a todas as ações e serviços que sejam necessários, o planejamento estratégico para o cuidado em cirurgia deve ter como objetivos a definição das prioridades, a hierarquização dos problemas, a análise de outros sistemas universais de saúde, os desafios, restrições e oportunidades geradas dentro do acesso integral à cirurgia (BRASIL, 2015). Nos sistemas públicos de saúde o encaminhamento ao cirurgião deve ser feito por dimensionamento da rede visto que ele deve ser aprimorado a fim de agilizar o tratamento cirúrgico, evitar filas de espera e agravo à saúde dos pacientes (BRASIL, 2015).

Segundo Leite (2017), a cirurgia gera grandes alterações na vida do indivíduo, com implicações importantes no bem-estar e na saúde, principalmente quanto à dor e desconforto associado ao procedimento, alterações na imagem corporal ou na função, questões familiares e alterações no estilo de vida. Nas cirurgias de grande porte existe sempre o risco de desenvolver complicações, sendo que na cirurgia abdominal as complicações respiratórias têm uma grande incidência, levando a um aumento significativo do tempo de internação e consequente aumento dos custos em saúde. Para minimizar o impacto da cirurgia na vida do sujeito, pode-se realizar procedimentos terapêuticos de reabilitação como fisioterapia respiratória, deambulação precoce e acompanhamento psicológico durante a internação para auxiliar na recuperação do indivíduo e no retorno mais rápido a suas atividades de vida diária. No caso relatado, as terapias de reabilitação fizeram parte do plano terapêutico da paciente e ajudaram na recuperação dela após o ato cirúrgico.

A partir da revisão de literatura, percebe-se que o plano de cuidados dessa paciente deve ser dividido em duas etapas: pré-operatória e pós-operatória. Na etapa pré-operatória o diagnóstico precoce e a instituição rápida do tratamento adequado são fundamentais para reduzir a morbimortalidade. Já na etapa pós-operatória o plano de cuidados deve se apoiar em um acompanhamento multidisciplinar para o indivíduo visando reduzir o tempo de internação e obter uma recuperação mais rápida.

REFERÊNCIAS

ANTONIO, Ibsen Felipe et al. Síndrome de Ogilvie após parto cesárea: relato de caso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 3, p. 171-176, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Modelos de Serviços em Atenção Cirúrgica**. São Paulo, 2015.

CORSI, Paulo Roberto. **Diagnóstico do abdome agudo**. In: Secretaria Municipal de São Paulo. Protocolo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos da clínica cirúrgica. São Paulo, 2012. p. 42-52.

DANI, Renato. **Gastroenterologia essencial**. In: Gastroenterologia essencial. 4nd Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 512-516, 2011.

FERNANDES, Shanley Cristina da Silva et al. Impact of respiratory therapy in vital capacity and functionality of patients undergoing abdominal surgery. **Einstein** (Sao Paulo), v. 14, n. 2, p. 202-207, 2016.

LEITE, Daniela Cristiana Carvalho. **Efeitos de um programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia abdominal programada**. 2017. Tese de Doutorado.

LOPES, Antonio Carlos; REIBSCHEID, Samuel; SZEJNFELD, Jacob. **Abdome agudo: clínica e imagem**. In: Abdome agudo: clínica e imagem. 2004.

RASSLAN, Samir; MORICZ, André de. Abdome agudo perfurativo. **Abdome Agudo: clínica e imagem**, 2005.

RIBAS FILHO, Jurandir Marcondes et al. Síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução intestinal aguda) &58; relato de caso Ogilvie's Syndrome (Acute pseudo-intestinal obstruction) &58; a case report. ABCD: **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 22, n. 2, p. 124-126, 2009.

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO: ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE EM ADULTO JOVEM

BRUNA APARECIDA DOS SANTOS TONETO¹; LANO DE SOUSA MOREIRA¹; ISABEL CUNHA SANTOS¹; IZABELA SILVA REZENDE¹; FABRÍCIO GOMES DA SILVA²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: brunatoneto@yahoo.com.br

DESCRIÇÃO DO CASO

W.P.T., 35 anos, masculino, residente/procedente de Araguari-MG. Paciente procurou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com queixa de dor abdominal há 4 dias. Dor do tipo cólica iniciou-se subitamente na região epigástrica, com irradiação para todo o abdome, intensidade 7 (escala 0-10), sem fator de melhora e com piora ao caminhar. Há 1 dia a dor localizou-se na fossa ilíaca direita e o paciente evoluiu com distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes. No interrogatório sintomatológico relatou hiporexia e náuseas. Nos demais sistemas não apresentou queixas.

Na ectoscopia apresentou-se em regular estado geral, bem orientado em tempo e espaço, fâscies de dor, eupnéico, eutrófico, mucosas coradas, brilhosas e úmidas, musculatura normotônica e normotrófica, anictérico, acianótico, panículo adiposo de distribuição normal, ausência de edemas. Ao exame abdominal observou-se abdome globoso, ruídos hidroaéreos diminuídos, som hipertimpânico a percussão. Presença de dor à palpação superficial e profunda de todo o abdome, com sinal de Blumberg, Rovsing e Psoas positivos. Não foram observadas alterações nos outros segmentos do exame físico.

Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose discreta com desvio a esquerda e aumento da proteína C reativa. Diante disso, foi internado na UPA para investigação do quadro clínico e solicitou-se avaliação da equipe de cirurgia do hospital de referência. O paciente foi transferido para a Santa Casa de Misericórdia de Araguari no dia seguinte, onde passou por avaliação do cirurgião geral, que optou por realizar laparotomia exploratória com hipótese inicial de abdome agudo inflamatório por apendicite aguda. No intra-operatório identificou-se líquido citrino e mucinoso na cavidade abdominal, lesão obstrutiva em íleo distal e múltiplos implantes em peritônio, pelve, diafragma e cólon. O apêndice não foi visualizado. Realizou-se hemicolectomia direita com ressecção de íleo distal, anastomose primária ileocólica latero-lateral e omentectomia. O material ressecado foi enviado para exame anatomopatológico.

O paciente foi encaminhado a UTI após a abordagem cirúrgica, onde permaneceu por 2 dias. No terceiro dia pós-operatório evoluiu com íleo paralítico e necessitou de sondagem nasogástrica, medicamentos sintomáticos e dieta parenteral total.

Após 6 dias o paciente apresentou resolução íleo adinâmico com progressão gradual da dieta oral e com boa recuperação cirúrgica. Recebeu alta no décimo oitavo dia de internação. Além disso, recebeu orientações para realizar acompanhamento ambulatorial até o resultado do exame anatomopatológico.

A biópsia evidenciou adenocarcinoma mucinoso do apêndice. Após o diagnóstico foi encaminhado para o Hospital do Câncer em Uberlândia, onde permanece em tratamento quimioterápico.

DETERMINANTES SOCIAIS

- Homem
- Adulto jovem (35 anos)
- Sedentário
- Cultural: indivíduos do sexo masculino procuram menos o serviço de saúde para consultas periódicas devido à questão cultural, o que dificulta o diagnóstico precoce das patologias.
- Psicológicos: estresse + ansiedade

LISTA DE PROBLEMAS

- Dor abdominal + Hiporexia + Náuseas + Distensão abdominal + Parada de eliminação de flatos e fezes.
- Abdome agudo inflamatório.
- Laparotomia exploratória de urgência.
- Lesão obstrutiva em íleo distal e múltiplos implantes em peritônio, pelve, diafragma e cólon.
- Hemicolectomia direita com ressecção de íleo distal, anastomose primária ileocólica latero-lateral e omentectomia.
- Estadiamento do tumor de acordo com American Cancer Society (2016): T4N0M1.
- Internação em UTI.
- Íleo paralítico no pós-operatório.
- Adenocarcinoma mucinoso de apêndice.
- Fator psicológico: o diagnóstico de um carcinoma pode afetar o sistema psíquico da paciente. Existe um impacto na vida do indivíduo ao receber a notícia de um carcinoma (medo, dúvidas sobre o tratamento, mudança da rotina de vida, etc).

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAL/FAMILIAR

Os tumores do apêndice são raros, correspondem a 0,5% de todas as neoplasias gastrointestinais e são encontradas em 1% das apendicectomias. Eles representam um grupo heterogêneo de tumores com evolução e prognósticos variáveis (BUTTE et al, 2007).

A maioria dos pacientes (70%) apresenta-se com sinais e sintomas sugestivos de apendicite aguda e, durante a cirurgia, mais de 50% dos casos permanecem com esse diagnóstico e não se suspeita da presença de tumor. Em alguns casos os sintomas são insidiosos e há presença de massas palpáveis no exame físico. Nesses casos, a USG e a tomografia computadorizada (TC) podem ser úteis no diagnóstico e na avaliação da extensão da doença. Alguns casos podem evoluir com distensão abdominal e ascite, devendo se suspeitar de pseudomixoma peritoneal. A dosagem do antígeno carcenoembrionário (CEA) deve ser realizada, sendo útil para o acompanhamento posterior desses casos (LOPES JÚNIOR et al, 2001).

O diagnóstico só pode ser dado por meio do exame anatomopatológico. Os tipos histológicos mais comuns dos tumores malignos primários do apêndice são: adenocarcinoma, carcinóide e adenocarcinóide. Os adenocarcinomas têm uma incidência estimada de 0,12/1.000.000 habitantes por ano, geralmente ocorrem ao redor dos 50 anos, afetando mais mulheres do que homens (SHAIB, et al., 2017). Eles podem se apresentar de duas maneiras: o cistoadenocarcinoma, produtor de mucina e geralmente é bem diferenciado e o tipo intestinal (colônico), que não produz mucina e é pouco diferenciado. As metástases linfonodais ocorrem em até 25% dos casos e são mais comuns no cistoadenocarcinoma. Metástases para outros órgãos podem ocorrer em até 20% dos casos, principalmente no tipo intestinal. O prognóstico pode ser determinado pelo estágio de Dukes (LOPES JÚNIOR et al, 2001).

A biópsia de congelação pode ser realizada sempre que o apêndice se mostrar atípico. Assim, o diagnóstico pode ser feito durante a cirurgia e a conduta adequada pode ser tomada, evitando uma segunda intervenção. Além disso, deve ser feita a investigação de tumores sincrônicos e metacrônicos (LOPES JÚNIOR et al, 2001).

Em relação ao tratamento, os adenocarcinomas devem ser tratados através da hemicolectomia direita para se obter uma melhor sobrevida, independente do grau de invasão, do subtipo histológico ou grau de diferenciação do tumor. Quando o tumor for localmente avançado, o tratamento complementar com quimioterapia ou radioterapia adjuvante está indicado (HENRIQUES et al, 2001).

O tratamento das neoplasias começa com o diagnóstico correto. Em casos mais precoces é indicada abordagem citoreduzora e quimioterapia hipertérmica no intra operatório (RYMER, et al. 2015). Quanto ao adenocarcinoma mucinoso peritoneal disseminado, deve ser abordado com a máxima remoção cirurgica possível dos implantes peritoneais associada a quimioterapia hipertérmica intraperitoneal, seguido de quimioterapia paliativa. (SHAIB, et al., 2017).

A terapêutica deve ser realizada em centro especializado e compreende três modalidades principais cirurgia, quimioterapia e radioterapia. As propedêuticas devem ser aplicadas de forma racional e individualizada para cada tumor específico e de acordo com a extensão da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas no Sistema Único de Saúde (SUS) procura estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple vários tipos de intervenção sobre os problemas de saúde em diversos planos da história natural e social, abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde (TEIXEIRA, 2011). A partir disso, percebe-se a necessidade de traçar um plano de cuidados orientado para a paciente, buscando sua adesão ao serviço de saúde e ao tratamento.

Em relação à terapêutica, a lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, garante que todo paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários. Além disso, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Portaria 874/2013) discorre sobre a necessidade de se garantir o cuidado integral ao indivíduo de maneira regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento do câncer seja realizado em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Esses serviços devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento da neoplasia (BRASIL, 2018).

O câncer é uma patologia que afeta a vida do paciente, seja no aspecto biológico, psicológico ou social, visto de modo geral como uma enfermidade sinônimo de sofrimento e morte. Frente a esta realidade, ele pode enfrentar grandes dificuldades como: mudança da rotina diária em virtude do tratamento, maior dependência de cuidados de terceiros, alteração da imagem corporal, isolamento social, entre outras. Esta situação pode culminar em sofrimento psicológico, evidenciado através de sintomas de depressão, ansiedade, manifestação de pensamentos de desesperança, sentimentos de medo e incerteza quanto ao futuro e insatisfação com a imagem corporal. Diante disso, percebe-se a necessidade de realização de um trabalho multiprofissional para fortalecer a rede social dos pacientes e melhorar a percepção de apoio social recebido. Com isso, o indivíduo terá maior oportunidade de falar sobre os problemas advindos da doença e, participar de atividades sociais de lazer que são itens promotores de saúde em pacientes com câncer (DE SANTANA et al, 2008).

Ademais, a atividade física, também, é fundamental no suporte terapêutico ao paciente oncológico, visto que ajuda no combate a distrofia, a hipotonia muscular e a diminuição da amplitude articular, decorrentes do repouso prolongado e da limitação de movimento. A atividade física melhora o humor e a qualidade de vida, estimula a função intelectual e o autocuidado, regula o padrão de sono-vigília e alivia a ansiedade. Os

indivíduos devem ser estimulados a realizar atividade suave de contração e alongamento, com orientação de fisioterapeuta, fisiatra ou educador físico (GRANER et al, 2010).

A partir da revisão de literatura, percebe-se que o plano de cuidados desse paciente deve contemplar uma equipe multiprofissional, a qual deve proporcionar um atendimento humanizado e integral ao doente e à sua família, através de apoio psicológico, biológico e social; medidas de conforto e de alívio dos sintomas físico-emocionais; entre outros. Além disso, o suporte familiar e a atividade física são fundamentais no tratamento, pois atuam tanto na questão física quanto psicológica, aumentando as chances do sucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS

ALVES, Magda; SALGUEIRO, Teresa; RODRIGUES, Francisco. **Tumores Carcinoides do Apêndice Ileocecal: 2 Casos Clínicos**. Gazeta Médica, 2016.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em: 02 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tratamento pelo Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus>>. Acesso em: 02 ago. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

BUTTE, JEAN MICHEL et al. Tumores del apêndice cecal: análisis anatomoclínico y evaluación de la sobrelvida alejada. **Revista chilena de cirugía**, v. 59, n. 3, p. 217-222, 2007.

DE SANTANA, Jeanny Joana Rodrigues Alves; ZANIN, Carla Rodrigues; MANIGLIA, José Victor. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.

GRANER, Karen Mendes; JUNIOR, Aderson Luiz Costa; ROLIM, Gustavo Sattolo. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 345-355, 2010.

HENRIQUES, Alexandre Cruz; GOMES, Marise; BRAGAROLLO, Cláudia Aparecida. Appendiceal carcinoma: report of two cases. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 28, n. 5, p. 393-395, 2001.

LOPES JÚNIOR, Ascêncio Garcia; SAQUETI, Eufânio E.; CARDOSO, Luciene TQ. Tumor do apêndice vermiforme. **Rev Col Bras Cir**, v. 28, n. 3, p. 228-229, 2001.

RYMER, Ben; FORSYTHE, Rachael O.; HUSADA, Glen. Mucocoele and mucinous tumours of the appendix: a review of the literature. **International Journal of Surgery**, v. 18, p. 132-135, 2015.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 290-299, 2010.

SHAIB, Walid L. et al. Appendiceal mucinous neoplasms: diagnosis and management. **The oncologist**, v. 22, n. 9, p. 1107-1116, 2017.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.

APENDICITE AGUDA EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

EZIMAR OLIVEIRA DOS SANTOS SOBRINHO¹; FERNANDA CAROLINA ZELANTE MENEGASSO¹; ISABEL CUNHA SANTOS¹; IZABELA SILVA REZENDE¹; ROBERTA RIBEIRO SOUTO²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: ezimarenf@hotmail.com

DESCRIÇÃO DO CASO

Escolar, sexo masculino, 9 anos de idade, branco, católico, estudante, residente e procedente de Uberlândia-MG. No dia 19/07/2019 apresentou-se a Unidade de Atendimento Integrado (UAI), acompanhado pela mãe, relatando dor abdominal em região de fossa ilíaca direita há 24 horas, associada a náuseas e vômitos. Foram administradas medicações analgésicas e antieméticos e paciente foi liberado para casa (segundo informações colhidas com a mãe). O paciente manteve quadro de dor abdominal, náuseas, vômitos e inapetência durante todo o dia seguinte. Três dias depois, no dia 22/07/2019 pela manhã, o escolar manteve os mesmos sintomas, porém, a dor abdominal intensificou-se, apresentando pico febril de 38,4 °C e tendo sido levado novamente a UAI, de onde foi encaminhado ao Pronto Socorro de Pediatria da Universidade Federal de Uberlândia (PS Pediatria UFU).

Na admissão no PS Pediatria UFU encontrava-se em posição antálgica e relatava inapetência, dor forte, em aperto, em quadrante inferior direito, sem irradiação. Negava fatores desencadeantes, de melhora e de piora. Negava também alterações urinárias e relatou que evacuou em grande quantidade após lavagem intestinal realizada na UAI antes de ser encaminhado ao PS UFU.

Durante exame físico de admissão encontrava-se em regular estado geral, consciente, orientado, corado, desidratado (2+/4+), acianótico, anictérico, com boa perfusão periférica (tempo de enchimento capilar inferior a 2 segundos), sem edemas, pulsos cheios e amplos. Mantinha-se taquicárdico (frequência cardíaca :129 bpm), taquipneico (frequência respiratória: 34 irpm e com saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente) e febril (temperatura axilar de 38, 4°C). Aparelho cardiovascular: bulhas rítmicas, normofonéticas em dois tempos sem sopros, pulsos cheios e simétricos. Aparelho respiratório: murmúrios vesiculares presentes difusamente sem ruídos adventícios. Abdome: plano em tábua, ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes, dor á palpação superficial e profunda em todo abdome inferior, descompressão brusca positiva, sinal de Rovising presente, sinal de Bloomberg presente.

Exames laboratoriais coletados na UAI antes do encaminhamento: leucócitos 31,730 mm³ (bastão 9%; segmentados 82%; eosinófilos 1%; linfócitos 4% e monócitos 4%). EAS: proteínas ++/ corpos cetônicos +.

Foi aventada a hipótese diagnóstica de apendicite aguda, solicitada a avaliação da equipe de cirurgia pediátrica e prescrita expansão com soro fisiológico e metronidazol 30 mg/kg /dia e ceftriaxona 100mg/Kg/dia. O paciente foi submetido a apendicectomia videolaparoscópica, na qual foi identificado bloqueio em fossa ilíaca direita, com moderada quantidade de pus em cavidade, apêndice cecal com perfuração e fecalitos em cavidade (apendicite fase 4) foi realizada coagulação de mesoapêndice, dupla ligadura de base apendicular, seguida de apendicectomia.

DETERMINANTES SOCIAIS

- Idade: não saber determinar de forma precisa os sintomas;
- Classe média baixa;
- Falta de acompanhamento da Unidade Básica de Saúde de Referência;
- Falta de resolutividade do caso no primeiro atendimento médico;
- Baixa escolaridade da mãe;

LISTA DE PROBLEMAS

- Dor abdominal aguda
- Febre
- Náuseas, Vômitos e Inapetência
- Desidratação
- Leucocitose com desvio à esquerda
- Internação prolongada
- Risco de infecção

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAL/FAMILIAR

A relevância do caso apresentado consiste na importância da realização da anamnese e do exame físico de maneira apropriada, principalmente em paciente pediátricos, para que se possa oferecer um cuidado em saúde adequado aos pacientes assistidos pelos profissionais médicos. A anamnese médica é a etapa crucial para entender as queixas dos pacientes, levantar as principais causas e fatores interferentes e, assim, determinar o diagnóstico do paciente e melhor conduta para o caso. O diagnóstico deste caso foi primeiramente aventado por uma estudante do décimo período de medicina da IMEPAC, que realizava um estágio eletivo de férias na UFU, após realizar o primeiro atendimento deste paciente naquele serviço. Portanto, a realização de uma anamnese e exame físico pertinentes foram essenciais para discussão com o preceptor daquele serviço e para solicitar assertivamente a avaliação da equipe pediátrica para realização do procedimento resolutivo para o caso.

A apendicite aguda é uma das causas cirúrgicas mais comuns de dor abdominal aguda em pacientes pediátricos. O pico de incidência é considerado entre a primeira e a segunda década de vida. Apresentações atípicas levam ao atraso diagnóstico, com alto índice de complicações. Os meninos costumam ser mais acometidos do que as meninas, na proporção de 1,4:1. (TAKESAKI 2018)

A dificuldade de comunicação das crianças somado à falta de percepção de sinais claros por parte dos cuidadores atrasa a procura por serviços de saúde. O medo dos pacientes em relação ao examinador e a falta de cooperação durante o exame físico prejudicam a avaliação nas unidades de emergência. Como consequências do diagnóstico tardio encontramos elevadas taxas de complicações pós-operatórias, culminando em internações prolongadas e custos elevados em cirurgias em crianças. (ANEIROS, Belén et al 2019).

Sendo assim, posteriormente à abordagem cirúrgica a criança ficou internada por 14 dias para receber suporte clínico, antibioticoterapia intravenosa (piperacilina + tazobactam 108 mg/kg/dose de 8 em 8 horas); além de receber medicações antieméticas nos primeiros três dias de pós-operatório, pois a criança apresentou vômitos. A indicação de antibioticoterapia foi a conduta da equipe da cirurgia pediátrica, devido à presença de pus na cavidade abdominal. Nós, da equipe médica pediátrica, sabendo que o paciente ficaria internado por pelo menos 14 dias, oferecemos suporte psicológico diário, e o estimulamos a ir à

brinquedoteca, pelo menos duas vezes ao dia, para isso pudesse auxiliar em sua recuperação e amenizar os traumas psicológicos da internação por meio de atividades lúdicas.

O paciente recebeu alta quatorze dias após a realização da apendicectomia em boas condições clínicas, com encaminhamento para o ambulatório de egressos da equipe de cirurgia pediátrica. Além disso, orientamos mãe da criança quanto aos sinais de alarme e, se caso necessário, procurar o serviço de saúde, bem como manter o acompanhamento com o pediatra da atenção primária de saúde.

No que se tange à contextualização do Sistema Único de Saúde- SUS enfatizamos que o paciente deu entrada no serviço de saúde pela atenção secundária (UAI), foi encaminhado para atenção terciária (HC-UFU) e foi redirecionado para a atenção primária a qual já fazia acompanhamento, sendo visto emprego dos princípios organizativos de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde de maneira adequada. Ademais, podemos relatar que a criança teve seus direitos como usuária do SUS de universalidade, integralidade e equidade respeitados durante seu atendimento de saúde.

REFERÊNCIAS

ANEIROS, Belén et al . APENDICITE EM PEDIATRIA: A IDADE É IMPORTANTE. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019005012103&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07/08/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

TAKESAKI, Naomi Andréia. **Apendicite aguda em pediatria**: estudo clínico- epidemiológico e avaliação de marcadores laboratoriais de risco para gravidade. 2018. 1 recurso online (66 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/331305>

DIVERTICULITE AGUDA: POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO, UM RELATO DE CASO

ISADORA VIANA VEIGA¹; BRENDA TOLENTINO COSTA DO CARMO¹; LARISSA GOMES ESPINOSA¹; NATÁLIA RABELO GONZAGA¹; THIZIANE DE OLIVEIRA PALÁCIO¹; JÉSSICA IVANA DIAS DA SILVA¹; KÁTIA GOMES PEIXOTO¹; JACKELINE RIBEIRO OLIVEIRA GUIDOUX²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: isaviana22@outlook.com

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente S.P.S.B., sexo feminino, 47 anos, negra, casada, funcionária pública, natural de Sete Lagoas/MG, procedente de Esmeraldas/MG, inicia no dia 24 de fevereiro de 2019 com quadro de dor abdominal. Procurou atendimento no Hospital 25 de Maio, em Esmeraldas, com dor em quadrante inferior do abdome, de forte intensidade, em cólica, associada a febre e mal-estar, sendo encaminhada, após algumas horas de evolução, para o Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco (HPRB). Neste hospital, após avaliação, a principal hipótese diagnóstica foi diverticulite aguda, sendo solicitada uma Tomografia Computadorizada (TC) para esclarecimento.

Pela TC foi confirmado a suspeita diagnóstica de diverticulite aguda, com abscesso pélvico de 400 ml, não revelando fístula colônica, sendo indicado drenagem percutânea. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências. Recebeu alta em 07 de março, com antibioticoterapia e analgesia domiciliar, e retorno agendado no ambulatório de proctologia. Ademais, foi orientada a retornar ao atendimento em caso de sinais de alarme (dor intensa, sangramento, parada de eliminação de flatos e fezes, febre ou piora do estado geral).

S.P.S.B. voltou a sentir dores abdominais de moderada intensidade após a alta, procurou atendimento no Hospital 25 de Maio, no qual era atendida de imediato, recebia analgesia e era liberada. Em 10 de março, evoluiu com dor abdominal de forte intensidade e procurou atendimento novamente, sendo reencaminhada no dia seguinte para o HPRB. Deu entrada em 11 de março e foi submetida a nova TC que evidenciou aumento do abscesso pélvico em região retrouterina, atingindo 420 ml, e pneumoperitônio. Foi prontamente encaminhada ao bloco cirúrgico para realização de uma laparotomia exploratória, com identificação de abscesso retrouterino, de moderada quantidade de secreção purulenta, o qual foi drenado de forma satisfatória ao longo da cirurgia, com liberação de gases, e alças intestinais sem evidência de lesões ou perfurações. Durante a cirurgia, apresentou reação anafilática ao látex e foi encaminhada para o Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI), onde permaneceu por 11 dias. Após sair do CTI, evoluiu com deiscência de sítio cirúrgico e evisceração, necessitando de reabordagem.

Após reabordagem cirúrgica, manteve-se clinicamente estável, recebendo alta com analgesia, opioide fraco e medicação para controle de gases, além de orientação quanto aos cuidados com a limpeza de ferida operatória, retirada dos pontos, sinais de alerta para retornar ao atendimento e acompanhamento com coloproctologista. Paciente evoluiu bem, com posterior identificação de hérnia incisional em consultas de acompanhamento na Unidade de Saúde, aguardando correção cirúrgica.

DETERMINANTES SOCIAIS

- Mulher
- Negra
- Funcionária pública
- Ensino Médio Completo
- Classe de baixa renda familiar
- Sedentária

LISTA DE PROBLEMAS

- Dor abdominal
- Diverticulite
- Abscesso peritoneal
- Reação anafilática durante abordagens cirúrgicas
- Deiscência do sítio cirúrgico
- Evisceração de alças intestinais
- Hérnia incisional
- Transtorno de Ansiedade

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAL/FAMILIAR

O diagnóstico da diverticulite aguda dos cólons (DAC) é variável e tipicamente feito pela combinação de história, exame clínico, investigação bioquímica e diagnóstico por imagem (OU et al., 2015). Os sinais e sintomas mais comuns são dor e/ou sensibilidade, geralmente no quadrante inferior esquerdo do abdômen e os pacientes podem apresentar sigmoide palpável e dor suprapúbica. Pode ser acompanhado por febre, náuseas, vômitos, sintomas urinários e sinais peritoneais (dor à descompressão brusca ou reação de defesa) em casos com abscessos e perfuração livre (BAUM, 2017).

O exame clínico é suficiente para suspeição, mas a radiografia simples de abdômen pode mostrar pneumoperitônio e/ou quadros oclusivos. A TC de abdome e pelve, método de imagem de escolha na avaliação da DAC, possibilita a confirmação diagnóstica e a distinção entre DAC complicada (abscesso e/ou peritonite associada) ou não (MUGLIA, 2017; DIAS, 2009). Para o relato exposto, percebe-se que a conduta médica proposta está de acordo com grande parte da literatura.

O tratamento, consiste em adotar uma alimentação rica em fibras e aumento da ingesta hídrica, visando regularização da função intestinal. Além disto, uso de antibioticoterapia de largo espectro, drenagem de abscessos, laparotomia para ressecção do segmento acometido em caso de abscesso não drenado, se não houver melhora clínica após a drenagem, piora do estado geral, se ocorrer perfuração, falha no tratamento clínico ou choque séptico (REGERT, BERGMANN, FILLMANN, 2012; BRUNETTI, 2007), como no caso exposto.

Ao primeiro diagnóstico de DAC, fez uso de Ciprofloxacino 500mg, 14 comprimidos (cp), 01 cp de 12/12 horas por 7 dias; Clindamicina 300mg, 02 cp, 8/8 horas, por 7 dias; Buscopan composto, 01 cp até 6/6h, se dor. Após o retorno dos sintomas, com 3 dias de evolução, observa-se como foi postergado o pedido de encaminhamento da paciente para o serviço especializado, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o que prolongou a entrada no hospital de referência da região.

Em razão da má evolução e aumento do abscesso retrouterino, associada a pneumoperitônio, foi indicado laparotomia exploratória. Ao longo da recuperação, evoluiu com deiscência de sítio cirúrgico e evisceração,

necessitando de reabordagem. Após sua estabilização, foi encaminhada ao alergista para avaliação da reação anafilática ao longo dos dois (2) procedimentos cirúrgicos, sendo diagnosticada com alergia ao látex. Após estabilização, recebeu alta com Dipirona 500mg, 01 cp de 6/6 horas, se dor; Buscopan 10mg, 01 cp de 8/8 horas, se dor ou cólica; Codeína 30mg, 01 cp de 8/8 horas, se dor intensa; Simeticona gotas, 40 gotas de 8/8 horas, se gases, além de consultas frequentes na Unidade de Saúde de seu município.

O SUS proporcionou à paciente um atendimento eficiente, com acesso aos médicos especialistas necessários para resolução de seu quadro clínico inicial e após complicações, com acesso a orientações quanto aos cuidados básicos e sinais de alerta para retornar ao serviço de saúde. Além disso, recebeu suporte e acompanhamento essenciais para sua completa reabilitação em sua região, por meio das Unidades de Saúde.

O coloproctologista, com quem a paciente acompanha, solicitou uma avaliação pré-anestésica para realização de uma colonoscopia e prescreveu Fluoxetina 20mg, 01 cp por dia (para controle de seu estado emocional, que tem estado exacerbado desde os fatos ocorridos); e Fluconazol 150 mg, 01 cp ao dia por 7 dias. Porém, na avaliação pré-anestésica optou-se pela não indicação da colonoscopia para a paciente. Nesse contexto, a conduta foi baseada no fato de existirem características sobrepostas entre diverticulite e câncer colorretal em exames de imagem e a colonoscopia é tipicamente recomendada após um episódio de DAC para descartar malignidade (OU et al., 2015). Mas, recentemente alguns estudos sugerem que não há dados para esta indicação, visto que a colonoscopia imediatamente após um episódio de DAC não agrega valor clínico, além de ter taxas consideráveis de complicações graves com morbidade significativa (perfuração, infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral), e, a prevalência de câncer de cólon em pacientes com DAC é menor que o risco desse câncer ao longo da vida (SAI et al., 2012).

Diante do caso relatado, nota-se a importância do conhecimento sobre as características clínicas e laboratoriais da doença diverticular e da diverticulite para correta identificação e abordagem dos quadros. Desse modo, este trabalho demonstra uma diverticulite de evolução complicada, visando um maior esclarecimento do julgamento clínico e abordagem às medidas realizadas e consequentes complicações. Vale destacar a importância da abordagem precoce da DAC e que, apesar desta, uma má evolução é passível de ocorrer

REFERÊNCIAS

BAUM, Joel A; COMPANIONI, Rafael A. Ching. **Diverticulite colônica**. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-gastrointestinais/doen%C3%A7a-diverticular/diverticulite-col%C3%B4nica>. Acesso em 02 ago 2019.

BRUNETTI, Adriano; SCARPELINI, Sandro. Abdômen agudo. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 40, n. 3, p. 358-367, 2007.

DIAS, André Roncon; GONDIM, A. C. N.; NAHAS, Sérgio Carlos. Atualização no tratamento da diverticulite aguda do cólon. **Rev bras Coloproct**, v. 29, n. 3, p. 367-71, 2009.

MUGLIA, Valdair Francisco. Diverticular disease of the colon: evolution of the therapeutic approach and the role of computed tomography in the evaluation of acute conditions. **Radiologia brasileira**, v. 50, n. 2, p. IX-X, 2017.

OU, George et al. Colonoscopy after CT-diagnosed acute diverticulitis: Is it really necessary? **Canadian Journal of Surgery**, v. 58, n. 4, p. 226, 2015.

REGERT, Rebeca; BERGMANN, Gabriela A.; FILLMANN, Lucio S. Diagnóstico e manejo da diverticulite aguda. **Acta méd.(Porto Alegre)**, v. 33, n. 1, p. [6]-[6], 2012.

SAI, Victor F. et al. Colonoscopy after CT diagnosis of diverticulitis to exclude colon cancer: a systematic literature review. **Radiology**, v. 263, n. 2, p. 383-390, 2012.

DIAGNÓSTICO DE DEGENERAÇÃO HEPATOLENTICULAR (DOENÇA DE WILSON) EM PACIENTE AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI-MG

ALEXANDRE BRANQUINHO COELHO¹; ARTHUR SCALON INÁCIO¹; ISABEL CUNHA SANTOS¹; IZABELA SILVA REZENDE¹; JOÃO PEDRO PERFEITO FRIGO¹; VALÉRIO FERREIRA DA CUNHA NETO¹; JOSÉ RUBENS DE ANDRADE²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: alexandrebc@hotmail.com

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 56 anos, masculino, casado, natural e residente de Araguari MG, autônomo. Compareceu na primeira consulta do ambulatório de Gastroenterologia em Maio de 2017 encaminhado da UBSF devido a 'exames alterados' e história de doença hepática na família. Apresentava-se sem queixas e referia como comorbidades Hérnia de Disco, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemia há dois anos, em uso de Metformina 850mg 2 vezes ao dia e Sinvastatina 40mg 1 vez ao dia. Também, referia ser ex-tabagista, ex-etilista e ex-usuário de drogas ilícitas, além do histórico de politrauma e TCE grave. Como antecedentes, relatava irmãos falecidos por complicações de cirrose e câncer hepático. Ao exame físico, todos os sistemas apresentavam-se dentro dos limites da normalidade, a exceção da ausculta cardíaca, descrita como sopro sistólico em foco aórtico. Os exames trazidos pelo paciente evidenciaram elevação leve de aminotransferases, moderada de GGT e plaquetopenia discreta. Como condutas nesse primeiro momento, foram solicitados: Hemograma completo, perfil hepático, sorologias para hepatites e USG de abdome total.

Ao retorno, os exames confirmaram os achados anteriores, além do USG evidenciar sinais de hepatopatia crônica, de fibrose e esplenomegalia. Para a investigação da etiologia, realizaram-se: Endoscopia Digestiva Alta, Hepatite A (HAV IgG), FAN, Anticorpo antimitocrondia (AMA), Anticorpo antimusculo liso (ASMA), Antimicrosomal de fígado e rim (ANTI-HML1), Ceruloplasmina, Eletroforese de proteínas e biópsia de fígado. As alterações encontradas foram: ceruloplasmina: 19.7 mg/dL; Biopsia: hepatite crônica com moderada atividade expansão portal por fibrose com formação de septos e áreas de transformação nodular a positividade para rodamina: presença de varizes esofágicas grau 2 sem aparentes sinais vermelhos, gastropatia de HP, urease negativa. Assim, foi levantada a suspeita de Doença de Wilson.

Para o manejo e acompanhamento do paciente, foi prescrito Penicilamina, aumentando-se a dose semanalmente até 1500mg/dia, com reavaliação seriada da função renal, hemograma, EAS, Função hepática, aminotransferases e dosagem de Cobre urinário, com posterior redução da dose após 6 meses de tratamento e de acordo com avaliação dos exames.

Diante disso, para confirmar a hipótese diagnóstica associaram-se o valor da ceruloplasmina entre 10 e 20 mg/dL – 1 ponto, Rodanina positiva nos hepatócitos - 1 ponto e cobre urinário (na ausência de hepatite aguda) normal, mas maior que 5 vezes o limite superior da normalidade após estímulo com 2 x 0,5 g de D-penicilamina – 2 pontos. Com o total de 4 pontos, o diagnóstico foi estabelecido. Após a confirmação, foi prescrito também Piridoxina 25mg/dia

DETERMINANTES SOCIAIS

- Histórico de doença hepática na família (Irmãos falecidos por complicações de cirrose e Ca hepático)
- História familiar e convívio social
- Ex tabagista
- Ex etilista
- Ex usuário de drogas ilícitas
- Histórico de politrauma e TCE grave
- Não possui plano de saúde.

LISTA DE PROBLEMAS

- Doença de Wilson (Distúrbios do metabolismo do cobre)
- Cirrose hepática
- Hepatopatia difusa
- Gastropatia da hipertensão portal moderada
- Varizes de esôfago grosso calibre (grau III) sem sinais vermelhos
- Esplenomegalia.
- Diabetes Tipo 2 há 2 anos
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Dislipidemia
- Hérnia de disco
- Poli farmácia

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAIS

Inicialmente descrito por Kinneer Wilson em 1912, a Degeneração Hepatolenticular ou Doença de Wilson é a patologia que, devido à alterações genéticas, provoca alteração no metabolismo do cobre e consequente intoxicação por este metal. A doença de Wilson deve ser considerada como diagnóstico diferencial ao definir a etiologia das hepatopatias sem causas evidentes. Tal patologia é rara, todavia é de responsabilidade do médico generalista conhecer os critérios diagnósticos nos casos de suspeita dessa condição clínica, uma vez que requer encaminhamento e tratamento adequados. Diante disso, escreveu-se esse relato de caso por meio da análise de prontuários, para elucidar o quadro com um paciente ambulatorial no município de Araguari-MG.

Ocorre entre 3 e 55 anos e pode apresentar-se de diferentes formas, incluindo: 1) doença hepática crônica ou fulminante; 2) distúrbio neurológico com insuficiência hepática; 3) hemólise aguda isolada; 4) doença psiquiátrica; 5) associada a outras doenças como a síndrome de Fanconi, osteoporose, artrite, rbdomiólise, cardiomiopatia, hipoparatiroidismo, amenorréia, pancreatite e doença renal crônica. (CASTAÑO et al, 2017)

A prevalência é semelhante na maioria regiões do mundo, correspondendo a aproximadamente 0,5 casos por 100.000 habitantes, ou o número mais comum 30 casos por milhão, com uma frequência gênica de 0,56% e uma frequência de portadores de 1 em 90. (CASTRO, URRUTIA, STURNIOLO, 2015)

Uma pontuação de diagnóstico baseada em todos os ensaios disponíveis foi proposta pelo *Working Party at the 8th International Meeting on Wilson's disease* (LEIPZIG, 2001). O sistema de pontuação fornece uma boa precisão diagnóstica. (EASL, 2012)

Typical clinical symptoms and signs		Other tests	
KF rings		Liver copper (in the absence of cholestasis)	
Present	2	>5x ULN (>4 µmol/g)	2
Absent	0	0.8-4 µmol/g	1
Neurologic symptoms**		Normal (<0.8 µmol/g)	
Severe	2	Rhodanine-positive granules*	1
Mild	1	Urinary copper (in the absence of acute hepatitis)	
Absent	0	Normal	0
Serum ceruloplasmin		1-2x ULN	1
Normal (>0.2 g/L)	0	>2x ULN	2
0.1-0.2 g/L	1	Normal, but >5x ULN after D-penicillamine	2
<0.1 g/L	2	Mutation analysis	
Coombs-negative hemolytic anemia		On both chromosomes detected	4
Present	1	On 1 chromosome detected	1
Absent	0	No mutations detected	0
TOTAL SCORE		Evaluation:	
4 or more		Diagnosis established	
3		Diagnosis possible, more tests needed	
2 or less		Diagnosis very unlikely	

As

*If no quantitative liver copper available, **or typical abnormalities at brain magnetic resonance imaging. KF, Kayser-Fleischer; ULN, upper limit of normal.

principais drogas utilizadas são: D-penicilamina, Trientina e Zinco.

De acordo com o Guideline proposto pela Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL) em 2012:

A D-penicilamina promove a excreção urinária de cobre, sendo que a dose de manutenção varia de 750 -1500 mg/d em 2 ou 3 tomadas. Esta interfere com reticulação de colágeno e tem algumas ações imunossupressoras. Também, interfere na ação da piridoxina, portanto, piridoxina deve ser suplementada na dose de 25-50 mg/d.

Castaño e colaboradores (2017) dizem que a trientina age como um quelante de cobre, aumenta sua excreção urinária e interfere com a sua absorção intestinal, contudo é menos potente que a D-penicilamina. Castro, Urrutia, Sturniolo (2015) complementaram que a dose recomendada é 750-1500 mg/d em duas ou três tomadas, enquanto dose de manutenção é de 750-1000 mg/dia em dois ou três tomadas. A administração com ferro deve ser evitado, uma vez que o complexo formado pode induzir toxicidade.

Por fim, Castro, Urrutia, Sturniolo (2015) também postulam que:

O Zinco possui um mecanismo de ação é diferente do mecanismo dos agentes supramencionados, na medida em que induz a metalotioneína dos eritrócitos, um quelante endógeno de metais, favorecendo assim o aprisionamento de cobre nas hemácias e sua eliminação nas fezes com o derramamento normal de células intestinais. Além disso, também pode induzir metalotioneína intra-hepática, fornecendo maior proteção hepática. Outro possível mecanismo de ação é a inibição da peroxidação lipídica e aumento da glutatona disponível nos hepatócitos, reduzindo o dano oxidativo. A dose recomendada de zinco elementar é de 150 mg/d dividido em três tomadas. Todas as drogas devem ser administradas 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições, a fim de evitar a inibição da absorção pela presença de alimentos.

Como terapêutica não farmacológica, a restrição alimentar de produtos ricos em cobre não é suficiente, contudo, não deve ser negligenciada. Ademais, o uso de utensílios domésticos feitos de cobre é desencorajado, bem como as situações em que a água seja proveniente de tubos de cobre. Para ser considerado seguro, deve-se deixar as torneiras abertas por alguns minutos antes da sua utilização. (CASTRO, URRUTIA, STURNIOLO, 2015)

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Portaria Conjunta nº09 de 27 de Março de 2018, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Wilson. Neste documento, são prestados esclarecimentos técnicos a todos os prestadores de serviços da área da saúde, bem como regulamenta a assistência, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. Ademais, implica a

obrigatoriedade de esclarecimentos ao paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados. Por fim, titula que os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas. (BRASIL, 2018)

O tratamento padronizado foi adotado no caso, e o paciente do caso apresenta acompanhamento regular com médico Gastroenterologista em regime ambulatorial. Atualmente, a Secretaria de Saúde do Município disponibiliza os medicamentos, e a adesão ao tratamento é satisfatória. Em relação a família e ao apoio psicossocial, o paciente compreende sua enfermidade e possui suporte de sua rede social. Objetiva-se prevenir sequelas, efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e ofertar uma qualidade de vida ao paciente.

Tal caso vai de encontro as metas do Ministério da Saúde para o controle da Doença de Wilson no País. Ademais, é de responsabilidade do médico generalista conhecer os critérios diagnósticos nos casos de suspeita dessa condição clínica, uma vez que requer encaminhamento e tratamento adequados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Wilson. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-Conjunta-PCDT-Doenca-de-Wilson.pdf>>.

CASTAÑO, Orlando et al. Degeneración hepatolenticular: a propósito de tres casos. *Iatreia*, v. 30, n. 4, p. 436-442, 2017.

CASTRO, Kryssia Isabel Rodriguez; URRUTIA, Francisco Javier Hevia; STURNIOLO, Giacomo Carlo. Wilson's disease: A review of what we have learned. *World journal of hepatology*, v. 7, n. 29, p. 2859, 2015.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER et al. EASL clinical practice guidelines: Wilson's disease. *Journal of hepatology*, v. 56, n. 3, p. 671-685, 2012.

INDICAÇÃO DE MITRACLIP® PARA CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA MITRAL POR PROLAPSO VALVAR

BRUNA APARECIDA DOS SANTOS TONETO¹; EZIMAR OLIVEIRA DOS SANTOS SOBRINHO¹; FERNANDA CAROLINA ZELANTE MENEGASSO¹; HENRIQUE DAMASIO SABOIA¹; ISABEL CUNHA SANTOS¹; IZABELA SILVA REZENDE¹; LANO DE SOUSA MOREIRA¹; JOÃO PEDRO PERFEITO FRIGO²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: brunatoneto@yahoo.com.br

DESCRIÇÃO DO CASO

L.F.R, 84 anos, sexo masculino, branco, casado, natural de Indianópolis-MG, residente e procedente de Itumbiara-GO. Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, dislipidemia, infecção do trato urinário de repetição, bexiga hiperativa, insuficiência venosa crônica, em uso de Alopurinol 300 mg/dia, Diosmin® 450/50 mg/dia, Rosuvastatina 10 mg/dia, Moduretic® 50/5 mg/dia, Clopidogrel 75 mg/dia, AAS® 100 mg/dia, Dobeven® 500 mg/dia, Vesicare® 10 mg/dia. Paciente deu entrada no hospital após síncope há 30 dias, queixando-se de dispneia e confusão mental.

Na internação foi diagnosticado com hematoma subdural que necessitou de intervenção cirúrgica, cujos exames pré-operatórios ressaltaram piora da insuficiência mitral, já diagnosticada em acompanhamento prévio. Após alta hospitalar da neurocirurgia, o cardiologista responsável otimizou o tratamento clínico e prescreveu Relvar Ellipta® 100/25 mcg devido a dispneia, entretanto o paciente manteve-se sintomático, em Classe Funcional (CF) IV e foi encaminhado ao cirurgião cardíaco. A realização de Ecocardiograma Bidimensional Transesofágico (EcoTe) (Imagem 1) com Doppler Colorido evidenciou Prolapso do folheto posterior mitral, associado a “flail valvar” e rotura de cordoalha, levando a regurgitação de grau acentuado, ateromatose leve em aorta torácica descendente, com hipertensão arterial pulmonar discreta (56 mmHg) e função ventricular preservada em ambos os ventrículos (FEVe 65%).

A Análise da valva mitral no EcoTe demonstrou calcificação leve do anel mitral posterior, folhetos espessados, com prolapso do folheto posterior, associado a “flail” valvar e imagem filamentar móvel e aderida ao folheto posterior, sugestiva de rotura de cordoalha, levando a regurgitação de grau acentuado. O diâmetro do anel mitral média 34 mm. Uma espirometria (Imagem 2) revelou função pulmonar dentro dos limites da normalidade, sem resposta ao broncodilatador com VEF/CVF pré BD 70,31%. Realizou-se Coronariografia por técnica Radial direita (Imagem 3), evidenciando-se lesões obstrutivas significativas nas artérias descendente anterior e coronária circunflexa, necessitando de uma Angioplastia Transluminal Coronária com 2 stents.

Em virtude da idade avançada e de comorbidades associadas, o risco cirúrgico foi considerado proibitivo pela equipe médica. As estimativas de morbimortalidade cirúrgica pelo Society of Thoracic Surgeons (STS) foram 19%. Por esse motivo, indicou-se a valvoplastia mitral percutânea transeptal com o dispositivo MitraClip.

Sintomas e Sinais Apresentados pelo Paciente: Cansaço, Síncope, Dispneia aos pequenos esforços (MRC: 2)

Achados no Exame Físico: ao exame físico observou-se pressão arterial (PA) de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 68BPM, Frequência Respiratória (FR) de 25IRPM. À ausculta, percebe-se uma 3ª bulha cardíaca, sopro sistólico de regurgitação, localizado no foco mitral.

DETERMINANTES SOCIAIS

- Sexo Masculino
- Idade avançada (mais de 75 anos)
- Raça Branca
- Ex-tabagista
- Histórico de queda e TCE
- Histórico de CA próstata e bexiga
- Possui plano de saúde

LISTA DE PROBLEMAS

- Insuficiência Mitral Grave
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Infecção do Trato Urinário de Repetição
- Insuficiência Venosa Crônica
- Dislipidemia
- Atroplastia total bilateral de joelhos
- Poli farmácia

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAIS

A valva mitral está localizada entre o átrio e o ventrículo esquerdo. Durante a sístole ventricular, ela fecha-se para evitar o refluxo de sangue para o átrio. Se a valva está insuficiente, seu fechamento não ocorre de maneira completa e o sangue sofre regurgitação para o átrio. A etiologia da insuficiência mitral crônica pode ser: Cardiopatia Reumática, Doença Vascular do Colágeno, Endocardite Infecciosa, Degeneração Mixomatosa dos Folhetos da Valva, Calcificação do Anel Mitral, Traumatismo, Febre Reumática Aguda, Isquemia, Infarto do miocárdio ou Abscesso miocárdico.

A insuficiência valvar mitral é uma das doenças valvares adquiridas mais comuns, com prevalência de aproximadamente 7 a 10% na população com idade superior a 75 anos (IUNG, et al., 2003). O tratamento da insuficiência mitral tradicionalmente se baseia no manuseio clínico medicamentoso e, principalmente, na cirurgia para reparo ou troca valvar por prótese. No entanto, de acordo com BRITO JR, et al. (2015) apesar da recomendação de diretrizes, aproximadamente 50% dos pacientes não são tratados cirurgicamente, por apresentarem alto risco em virtude de idade avançada, disfunção ventricular esquerda ou presença de comorbidades.

As diretrizes atuais recomendam a cirurgia para regurgitação mitral moderada a grave (grau 3+) ou grave (4+) em pacientes com sintomas ou evidência de disfunção ventricular esquerda. Uma abordagem cirúrgica para o reparo da valva mitral envolve a aproximação dos folhetos mitrais com sutura para criar um orifício duplo. Esse procedimento foi descrito para o tratamento da regurgitação mitral degenerativa e geralmente é realizado com um anel de anuloplastia. Pacientes selecionados que foram tratados com esta técnica como

um procedimento autônomo tiveram resultados bem-sucedidos com duração de até 12 anos. (FELDMAN et al, 2011)

Já o sistema MitraClip® foi aprovado para uso clínico no Brasil para o tratamento da insuficiência valvar mitral em 2014, sendo lançado na Europa em 2008. Esse dispositivo se baseia na cirurgia de Alfieri, criando um orifício duplo pela união central das duas cúspides da valva mitral.

O procedimento é realizado, com o paciente sob anestesia geral, com o uso de fluoroscopia e orientação transeofágica e, na ocasião, transtorácica, ecocardiográfica. Após a punção transeptal, a heparina é administrada. A bainha transeptal é trocada pelo cateter guia orientável e pelo dilatador. O Clip Delivery System (CDS) possui o MitraClip conectado a sua extremidade distal. O CDS é introduzido no cateter-guia e o dispositivo MitraClip é avançado no átrio esquerdo. Através do uso de orientação ecocardiográfica e fluoroscópica, o clipe é direcionado até o alinhamento axial e centrado sobre a origem do jato regurgitante. O clipe é aberto para estender os dois braços e avançar para o ventrículo esquerdo (VE) abaixo dos folhetos mitrais. O clipe é retraído até que os dois folhetos sejam apreendidos e depois fechados para coaptar os folhetos mitrais. A inserção de folhetos no clipe e a redução da RM são avaliadas pelo uso da ecocardiografia bidimensional e Doppler. Se necessário, o clipe pode ser reaberto e os folhetos liberados e reposicionados. Se o clipe deve ser retirado no átrio esquerdo, os braços podem ser invertidos no ventrículo, proporcionando um perfil suave para a retração, para evitar o emaranhamento das cordas tendíneas. Após a redução adequada da RM ter sido alcançada sob desafio hemodinâmico, o clipe é implantado e o CDS e o cateter-guia são retirados. (FELDMAN et al, 2009)

Este é uma alternativa que deve ser considerada para pacientes com risco cirúrgico elevado ou proibitivo e com anatomia favorável ao procedimento. Na última diretriz para doenças orovalvares da American Heart Association e American College of Cardiology, o reparo transcaterter da valva mitral é considerado como classe de recomendação IIB, nível de evidência B3. (CORTES et al, 2015)

O estudo Publicado no New England Journal of Medicine no ano de 2011 constatou que, embora o tratamento percutâneo tenha sido eficaz na redução da regurgitação mitral, o tratamento cirúrgico foi mais eficaz, conforme avaliado por um laboratório ecocardiográfico. No entanto, o tratamento percutâneo foi associado com uma redução na taxa de eventos adversos maiores em 30 dias, em comparação com a cirurgia, e com melhoria clínica sustentada, medida pela qualidade de vida, estado de insuficiência cardíaca e função ventricular esquerda.

O tratamento com MitraClip® foi adotado no caso frente ao risco cirúrgico do paciente. Atualmente, o Sistema Único de Saúde não disponibiliza esse recurso, o que pode estar relacionado ao seu alto custo e ao tempo de existência da técnica. Em relação a família e ao apoio psicossocial, o paciente compreende sua enfermidade e possui suporte de sua rede social. Objetiva-se prevenir sequelas, efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e ofertar uma qualidade de vida ao paciente.

É de responsabilidade do médico generalista conhecer essa patologia e saber diagnosticar e encaminhar o paciente ao serviço especializado a fim de prescrever e otimizar drogas que proporcionem melhor qualidade de vida, uma vez que requer encaminhamento e tratamento adequados.

REFERÊNCIAS

BRITO JR, Fabio S. et al. Tratamento percutâneo da insuficiência mitral por MitraClip®: relato dos dois primeiros procedimentos no Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, v. 23, n. 2, p. 156-160, 2015.

CÔRTEZ, Denise Castro de Souza et al. Reparo Mitral Percutâneo pelo MitraClip em Paciente Nonagenária com Insuficiência Mitral Aguda. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 28, n. 4, p. 338-341, 2015.

FELDMAN, Ted et al. Percutaneous repair or surgery for mitral regurgitation. **New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 15, p. 1395-1406, 2011.

FELDMAN, Ted et al. Percutaneous mitral repair with the MitraClip system: safety and midterm durability in the initial EVEREST (Endovascular Valve Edge-to-Edge REpair Study) cohort. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 54, n. 8, p. 686-694, 2009.

IUNG, Bernard et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. **European heart journal**, v. 24, n. 13, p. 1231-1243, 2003.

ESTENOSE DE JUP CONGÊNITA CAUSADA POR ARTÉRIA ANÔMALA POLAR

CHRISTHYANE DINIZ SANTOS¹; FERNANDO DIÁKSON GONTIJO SOARES¹; LAÍS MARTINS BORGES¹; NATÁLIA MARQUES PARREIRA¹; VICTOR COSTA MONTEIRO¹; GLYCÉRIO ASSIS FERREIRA NETO²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: cristhyane_diniz@hotmail.com

DESCRIÇÃO DO CASO

A.M.P., 63 anos, masculino, hígido, casado, pai de dois filhos, professor, natural e residente de Araguari-MG (infância na roça e adolescência na cidade). Após ser conscientizado, em janeiro de 2019, por uma parente da área da saúde, acerca da importância da consulta anual com urologista, paciente procura o profissional, via IPSENG, em fevereiro do mesmo ano.

Na consulta, o profissional não constata evidências de alterações nefrológicas. O paciente está assintomático com desenvolvimento psicomotor normal. Pais (óbito) e 12 irmãos vivos sem comorbidades. Reside em casa de alvenaria com a esposa. Alimentação pobre em verduras, rica em carboidratos e gorduras. Ingesta de 500ml água-dia. Tabagista dos 17 aos 20 anos (CT de 0,3 anos-maço), elitista casual. Sedentário. Por meio da indagação do urologista, paciente negou hipertensão, diabetes, cirurgias, dor abdominal, dores lombares ou em pontos ureterais, os quais seriam sinais e sintomas que poderiam causar prejuízo renal. Sobre esse sistema, paciente também negou hematúria, algúria, disúria, polaciúria, oligúria, anúria, incontinência, retenção urinária, cólicas renais, poliúria, noctúria, urgência miccional, hemospermia, disfunções sexuais, alteração do jato urinário, corrimento ureteral e priapismo. Com olhar holístico, o profissional indagou sobre os demais sistemas, mas o paciente negou demais sintomas e apenas referiu ficar irritado constantemente no ambiente de trabalho.

No exame físico, constatou-se paciente em bom estado geral, sem movimentos involuntários, mediolíneo, estatura 1,70m, peso 74Kg, leucodermo, mucosas coradas, acianótico, anictérico, cabelos, pelos e unhas de aspectos normais, TCS normal, panículo adiposo excessivo em abdome geral, musculatura normotônica e normotrófica, fala e linguagens normais, fície e marcha atípicas. Pulsos periféricos rítmicos, amplitude normal, simétricos, eupneico, normocárdico, afebril. Sinal de Giordano negativo sem dor à palpação abdominal. PA 110x70mmg, FC=90bpm, FR 18 ipm, Tax 36,5°C, IMC: 25,6. No entanto, como medida e controle salutar e precaução, o urologista solicitou exames de PSA Livre, Creatinina, Ureia, Colesterol total e frações, Glicemia Jejum, Hemograma Completo e ultrassonografia abdominal.

Paciente realizou os exames via IPSEMG e levou-os em consulta de retorno após 1 semana, em fevereiro de 2019. O urologista verificou exames laboratoriais normais, sem alterações. Porém, a ultrassonografia apontou dilatação renal esquerda a esclarecer. Devido a isso, o referido médico solicitou tomografia computadorizada e cintilografia renal dinâmica com renograma. Assim, o paciente realizou os exames supracitados, via IPSEMG, e entregou-os, após 1 semana da primeira consulta de retorno, ao profissional que verificou estenose da Junção Ureteropielica (JUP) esquerda, sendo que a cintilografia acusou rim direito sem alteração e rim esquerdo com função renal glomerular global preservada, porém hidronefrótico e com sinais de uropatia obstrutiva. Já a Tomografia evidenciou presença de artéria polar congênita irrigando o polo renal inferior. Logo, avaliando o risco-benefício de uma cirurgia, o urologista não aconselhou intervenção invasiva, visto que o rim afetado se encontrava com funcionamento adequado.

Hipótese diagnóstica de Estenose de JUP causada por artéria polar anômala congênita.

DETERMINANTES SOCIAIS

- 63 anos de idade;
- Sexo masculino;
- Dificuldade de acesso à saúde na infância;
- Dificuldade de acesso à educação escolar na infância;
- Baixa renda;
- Ex-tabagista;
- Dieta rica em gorduras totais;
- Sedentarismo

LISTA DE PROBLEMAS

- Variação anatômica na vascularização renal (artéria polar);
- Compressão da Junção Ureteropélvica (JUP);
- Hidronefrose;
- Sobrepeso;
- Dieta desbalanceada;
- Sedentarismo

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAIS

A Estenose de Junção Ureteropélvica (JUP), em termos gerais, é a junção do rim com o canal do ureter, o que pode causar uma dificuldade na drenagem da urina dentro do rim. No caso do paciente, essa junção ocorreu devido uma anomalia congênita que consistiu na presença de uma artéria polar irrigando o rim esquerdo e comprimindo o ureter. Nesse sentido, apesar da condição, o paciente possui função renal preservada, conforme cintilografia realizada. Por isso, o plano de cuidados individual se realizará por meio de consulta médica com realização de cintilografia renal quantitativa e qualitativa para avaliação anual do funcionamento renal bilateral, na qual o urologista observará o funcionamento do aparelho urinário, hidronefrose, alteração do diâmetro anteroposterior da pelve e a medida do parênquima renal. A consulta de rotina vai, dessa forma, permitir a identificação de sintomas de uma possível obstrução renal, enquanto a cintilografia servirá como acompanhamento para verificar a evolução da condição por meio da quantidade de filtração. Assim, o profissional identificará se a estenose se manteve estável, sem causar alterações fisiológicas no paciente ou se evoluiu prejudicando o funcionamento renal. Neste caso, o profissional da saúde avaliará a necessidade de reparo cirúrgico, uma vez que este “é recomendado quando há significativa hidronefrose associada à perda de função renal (abaixo de 40%)” (BARRIL et al., p.155, 2014).

Nesse contexto, esse plano de cuidados justifica-se pelo atual estado clínico do paciente, que é estável, uma vez que a cintilografia constatou “função renal preservada para os dois rins e com alteração no rim esquerdo para retenção de radiofármaco no parênquima renal mais precisamente na porção pielocalicial, aquele que possui a estenose Junção Ureteropélvica”. Ou seja, nessa situação, a cirurgia de pieloplastia deixa de ser emergencial para ser opcional. Deve-se considerar que, embora a pieloplastia seja confiável e de baixo risco, ainda é um procedimento invasivo que, como tal, predispõe o paciente a possíveis complicações cirúrgicas, infecções e pode não ser eficaz, sendo necessária nova cirurgia. Além disso, o parênquima renal está preservado, não há litíase, infecção ou hipertensão e a redução da medida do parênquima renal na ultrassonografia em pacientes com estenose de JUP é um fator preditivo de pieloplastia (MYLTYGASHEV et

al., 2017), conforme esclarece também Júnior (2000). Outrossim, como ratifica Reis et al. (2013), o tratamento cirúrgico somente é indicado quando há o comprometimento progressivo da função renal, surgimento de litíase renal associada, desenvolvimento de infecção no trato superior e presença de hipertensão arterial causada pela obstrução da JUP.

No entanto, é claro que, caso seja identificado um prognóstico negativo da situação, caberá ao médico responsável reavaliar o plano de cuidados individual.

Além disso, outro fator que descarta um planejamento cirúrgico é a causa da Estenose de J.U.P do paciente, que, conforme Reis et al. (2013) classifica, é extrínseca, uma vez que “decorre da ramificação anômala ou precoce do vaso que nutre o polo inferior, causando compressão mecânica ao passar, anteriormente, à junção ureteropielíca” (REIS et al., 2013 p. 864,). Nesse viés, esse vaso não se altera em tamanho ou forma, sendo, portanto, não sugestivo de aumento da estenose.

Também se descarta a urografia excretora, uma vez que, segundo o autor, no passado, ela era o principal exame diagnóstico para JUP, mas atualmente está em desuso. Isto porque, apesar dessa urografia objetivar o estudo da anatomia renal por meio da visualização da JUP com a análise do caminho percorrido pelo diurético no sistema renal, bem como tempo de esvaziamento do órgão hidronefrótico, a cintilografia fornece dados sobre a função renal e sobre a depuração do radiofármaco em cada rim, sendo que cada radiofármaco possui uma margem de excreção nos rins maduros e um valor específico de permanência no intravascular, o que gera valores numéricos eficientemente precisos quando o rim tem uma função baixa. Além disso, a cintilografia, enquanto procedimento não agressivo ao paciente, contribui para um tratamento humanizado.

Nesse propósito, quanto à aplicabilidade deste exame, a cintilografia renal é amplamente utilizada no âmbito da saúde no Brasil para a avaliação do funcionamento dos rins, já que permite uma visualização abrangente da situação renal. “Ela permite visualizar a concentração do radiofármaco, o tamanho, forma, simetria, e posição dos rins” (MARCUZZO, p.09, 2017). Ou seja, é um exame de alta aplicabilidade e que evita procedimentos invasivos desnecessários e controla, de maneira eficaz, a saúde renal do indivíduo. Ademais, a cintilografia pode ser realizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, uma vez que, além da Rede Básica de Saúde, tem-se no Brasil a Rede Especializada que fornece esse tipo de serviço, conforme cita Filho (2002). Inclusive, em 2012, a cintilografia renal foi um dos 7 procedimentos dentro que compuseram 92,1% dos 392.264 procedimentos ambulatoriais de medicina nuclear realizados pelo SUS, o que ratifica a acessibilidade dos usuários a esse serviço (POZZO, 2014). Ainda, ampliando o cuidado humanizado, foi proposto ao paciente um cotidiano saudável, com a redução da ingestão de gorduras e açúcares para sair da condição de sobrepeso. Nesse interim, o SUS preza por modelos administrativos que favorecem a humanização do usuário (MALHOTRA, 2016).

Pensando nisso, também é parte do planejamento individual incitar o paciente a realizar atividades físicas, que “é uma variável importante para o desenvolvimento humano” (FLORINDO, p.72, 2009) de alta efetividade para a saúde fisiológica do indivíduo, no sentido de redução do percentual lipídico. Esta condição é, inclusive, incentivada, nas UBSFs, por meio de encontros semanais com profissional educador físico, pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Ou seja, é um apoio de acesso gratuito aos usuários do SUS que, reduz a gordura corporal, o que, é positivo nesse caso, uma vez que o aumento da massa corporal eleva também o tamanho da área corporal que precisa ser irrigada, ou seja, os rins têm que trabalhar mais para filtrar todo o sangue, o que pode sobrecarregá-los e contribuir para a evolução do caso.

Quanto ao cenário familiar, o planejamento proposto deve ser de apoio e vigília ao acompanhamento anual da situação renal do paciente por meio da consulta ao médico para execução da cintilografia. Concomitantemente, o incentivo deve ocorrer também quanto aos hábitos de vida saudáveis do paciente. A

família deve ser incitada a estimular o paciente na execução de exercícios e alimentação saudável. É preciso, nesse âmbito de acolhimento humanizado do SUS, que a família entenda a situação do paciente e a melhor forma de lidar com esta, uma vez que ela representa um pilar fundamental ao apoio ao paciente. Da mesma forma, os multiprofissionais das UBSF devem oferecer apoio a estas famílias, no que se refere a esclarecimentos e saúde física e mental que elas necessitarem.

REFERÊNCIAS

- BARRIL, Emelyn dos Santos et al. Estenose da junção pieloureteral. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 155-156, set. 2014. ISSN 1984-4840. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/20102>>. Acesso em: 26 jul. 2019.
- FILHO, Armando de Negri; DE OLIVEIRA, Sandra Maria Lira. A ORGANIZAÇÃO DA URGÊNCIA NO SUS. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 3, n. 1, 2002.
- FLORINDO, Alex Antônio. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 72-73, 2009.
- JUNIOR, Ubirajara Barroso. RENAL ULTRASONOGRAPHIC FINDINGS BEFORE AND AFTER PYELOPLASTY. **Brazilian Journal of Urology**; Official Journal of the Brazilian Society of Urology, p. Vol. 26 (2): 190-195, 14 mar. 2000.
- MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing-: Uma Orientação Aplicada**. Bookman Editora, 2001.
- MARCUZZO, Mônica. **Quantificação de impressões diagnósticas em imagens de cintilografia renal**. UFRGS, 2007.
- MYLTYGASHEV, M. P. et al. The study of effectiveness of polyhydroxyalkanoates based biodegradable stents in ureteropelvic segment pyeloplasty. **Urologiia (Moscow, Russia: 1999)**, n. 1, p. 16-22, 2017.
- POZZO, Lorena et al. O SUS na medicina nuclear do Brasil: avaliação e comparação dos dados fornecidos pelo Datasus e CNEN. **Radiologia Brasileira**, v. 47, n. 3, p. 141-148, 2014.
- REIS, R. B.; ZEQUI, S. C.; ZERATTI FILHO, M. **Urologia Moderna**. São Paulo: Lemar, 2013

RECIDIVA DE MAL DE POTT

ANA LUISA DIAS DO VALE FERREIRA SILVA¹; GABRIELA CARILLI ZUMPANO OLIVEIRA¹; ISADORA KARLA SILVESTRE GUERRA¹; JOICE NARESSE FALCETTI¹; GUILHERME DA COSTA UNTURA²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: analuisadovale14@gmail.com

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente VB, sexo masculino, 57 anos, natural de Rio Negro, residente de Araguari, leucodermo, solteiro, heterossexual, aposentado, tabagista há 43 anos, fumando 10 cigarros/dia. Refere queixa algica em região tóracolombar de forte intensidade, tipo fincada. Associado a paraparestesia em membros inferiores, redução do grau de força muscular e dispneia a moderados esforços. Refere possuir HIV há 17 anos e realiza tratamento com TARV desde então, adquiriu tuberculose pulmonar tratada na ocasião com Rifampicina composta e Pirazinamida e após alguns anos desenvolveu tuberculose vertebral, tratada com Rifampicina. Possui nível médio de escolaridade, sedentário, bons hábitos alimentares, com dieta balanceada, rica em frutas e verduras e baixa ingestão de carboidratos. Nega doenças hereditárias, etilismo, uso de drogas, relações promíscuas e de risco. Ao exame físico apresenta consciente e orientado em tempo e espaço, fácies atípica, mucosas normocoradas e hidratadas, acianótico, ictérico ++/++++, afebril, longilíneo, ausência de circulação colateral e edemas em membros inferiores, pulsos rítmicos, simétricos e cheios com boa perfusão capilar. Ausência de linfadenomegalias palpáveis. Ao sistema respiratório possui murmúrio vesicular fisiológico reduzido bilateralmente, com crepitações grosseiras em terço médio esquerdo, ausência de retrações costais e batimento de aletas nasais, com expansibilidade ligeiramente reduzida. Ao aparelho cardiovascular apresenta ictus córdicis não visível e não palpável, bulhas rítmicas e normofonéticas em dois tempos e ausência de sopros. Região abdominal apresenta abdome flácido, indolor a palpação superficial e profunda. Ruídos hidroaéreos presentes. Fígado a 1 cm do rebordo costal direito, com taube livre. Baço não palpável. Ao examinar o sistema locomotor encontra-se paraparesia em membros inferiores (grau II de força em membro inferior esquerdo e grau de força III em membro inferior direito) e dor intensa em quadril direito. Em Ressonância Magnética Nuclear da coluna torácolumbar evidenciou destruição dos platôs vertebrais em L1/ L2 com envolvimento dos espaços discais com insinuação para o canal vertebral determinando compressão do cone medular e estenose neuroforaminal bilateral, espondilodiscite, provavelmente de causa tuberculosa. Em T9/ T10 ativação de processo inflamatório. Em biópsia percutânea de pedículo vertebral de L2 esquerdo, evidenciou focos de necrose caseosa com algumas células epitelióides espumosas e células gigantes multinucleadas. Em cultura de BAAR houve crescimento de *Mycobacterium sp.*

DETERMINANTES SOCIAIS

- Homem, meia idade.
- Tabagista há 43 anos, 10 cigarros por dia;
- Tatuagem caseira há mais de 15 anos;
- Portador de HIV;
- Convívio com pacientes com tuberculose pulmonar;

- Mora sozinho;
- Renda baixa

LISTA DE PROBLEMAS

- Portador de HIV;
- História pregressa de tuberculose pulmonar;
- História pregressa de tuberculose vertebral;
- Recidiva de tuberculose vertebral;
- DPOC;
- Paraparesia em membros inferiores.

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAIS

O mal de Pott é uma manifestação extrapulmonar da tuberculose, no qual o envolvimento da coluna vertebral se faz presente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a tuberculose é a doença mais comum da humanidade e, representa um grave problema de saúde pública. Nesse contexto, a tuberculose vertebral compreende cerca de 50%, a qual ocorre através de reativação de focos hematogênica ou linfaticamente metastizados para a coluna, acometendo preferencialmente articulações e ossos que sustentam peso.

Em relação aos pacientes soropositivos ao HIV, evidencia-se que a tuberculose diminui a sobrevivência destes, sendo as formas mais frequentes a pulmonar não-cavitária e as extrapulmonares, sendo que o tratamento mais indicado é o cirúrgico para realizar a descompressão rápida, a fim de resolver o déficit neurológico (parestesia, paraplegia e deterioração neurológica) (MELLO, 2014).

A alta incidência da tuberculose multirresistente vem ocorrendo devido ao aumento da rifampicina aos esquemas terapêuticos, e esse é um grande desafio para o controle da doença de forma mundial, pois se trata de resistência contra os medicamentos mais importantes para tratamento da tuberculose (BRASIL, 2011). Diante dos problemas apresentados pelo paciente, foi necessário acompanhamento com médicos ortopedistas e infectologistas para otimização do tratamento, sendo instituído tratamento para tuberculose multirresistente que consiste em esquema do uso de terizidona + pirazinamida + etambutol + capreomicina + levofloxacino. Além disso, haverá necessidade de realização de procedimento cirúrgico, artrodese de 7 níveis vertebrais, devido as lesões provocadas pela presença da *Mycobacterium tuberculosis* na coluna vertebral.

O paciente foi atendido por toda equipe multiprofissionalizada necessária para o seu quadro clínico, como infectologistas acompanhando o prognóstico do HIV e por ortopedistas que fizeram as intervenções necessárias.

Todos esses tratamentos foram realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde os medicamentos utilizados até os exames complementares que foram necessários no caso. Além disso, o Ministério da Saúde disponibiliza ainda um documento com todas as recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV que preconiza testagem oportuna para HIV para todos os portadores de TB, por meio do teste rápido. Recomenda-se também como diretriz nacional o diagnóstico precoce da tuberculose, o tratamento da TB ativa e da infecção latente, garantindo atenção integral aos coinfectados, o que diminui os riscos de agravamento como tuberculose vertebral (BRASIL, 2013.)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações Para o Manejo da Coinfecção TB-HIV em Serviços de Atenção Especializada a Pessoas Vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

MELLO, Murilo Cazellato Pacheco de et al. Mal de Pott: uma revisão bibliográfica dos últimos 5 anos. **Comun. ciênc. saúde**, v. 25, n. 2, p. 173-184, 2014.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO PARA SOBREVIDA CARDÍACA

ARTHUR FLORÊNCIO RODRIGUES¹; LETÍCIA GONÇALVES DA COSTA¹; PEDRO HENRIQUE BORGES DE OLIVEIRA¹; RODRIGO KAMIMURA²

¹ Discente - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

² Docente Orientador - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos – IMEPAC

Email de contato: arthur.arthurf.rodrigues.medicina@gmail.com

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação: CGL, sexo feminino, 60 anos de idade, diarista, casada, residente e natural de Araguari - Minas Gerais.

Queixa principal: "falta de ar, há 4 meses." História da moléstia atual: paciente comparece a consulta ambulatorial com queixa de dispneia nas atividades físicas habituais e ortopnéia, de início há 4 meses, de intensidade progressiva, associado a taquicardia. Relata que nos últimos 2 meses apresenta edema de membros inferiores bilateralmente. Há um mês observa presença de tosse noturna produtiva com secreção hialina. Refere que ontem apresentou uma dor precordial tipo pontada, intensidade 7 (em uma escala de 0 a 10), de início após subir escada, sem irradiação, com duração de 10 minutos. Fator de melhora ficar em repouso. Sintoma associado dispneia.

Medicamentos de uso diário: atenolol 50 mg (1 cp ao dia), metformina 850 mg (1 cp no almoço e 1 cp no jantar), gliclazida 30 mg (4 cp no café da manhã), ácido acetilsalicílico 100 mg.

Interrogatório sintomatológico: em relação ao sistema gastrointestinal, relata náuseas e saciedade precoce após as refeições. Informa ter diabetes há 20 anos, hipertensão há 30 anos e infarto há 5 anos (realizado angioplastia coronariana com colocação do stent). Quanto ao histórico familiar pai faleceu aos 45 anos de AVC, mãe é diabética, irmãos hígidos. Hábitos de vida: ingestão hidrossalina excessiva. Fumou meio maço de cigarro em um dia, por 30 anos (carga tabágica 15 anos - maço), cessou o tabagismo há 5 anos. Refere ser sedentária e nega etilismo.

Exame físico: dados vitais: FC: 103 bpm, FR: 24 irpm, PA: 110x80 mmHg. Temperatura: 36,7^o. Ectoscopia: BEG, mucosas hidratadas, hipocorado +/-, acianótico, anictérico, taquipneico, turgência jugular bilateral, edema de membros inferiores +++/++++.

Sistema respiratório: na ausculta pulmonar presença de estertores finos de bases em ambos os hemitórax.

Sistema cardíaco: presença de terceira bulha cardíaca e sopro no foco mitral. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos.

Abdome: nega dor a palpação superficial e profunda. Fígado palpável 3 cm abaixo do rebordo costal.

DETERMINANTES SOCIAIS

- Idade (60 anos);
- Alimentação (ingesta hidrossalina excessiva);
- Profissão (diarista aos 60 anos);
- Sedentarismo;
- Escolaridade (completou somente o ensino fundamental);
- Óbito precoce do pai (falta de informação e conscientização sobre os cuidados a serem tomados em enfermidades cardiovasculares)

LISTA DE PROBLEMAS

- Dispneia aos esforços
- Edema de membros inferiores
- Dor precordial
- Diabetes há 20 anos e hipertensão há 30 anos
- Antecedente patológico de infarto
- Antecedente de tabagismo por 30 anos
- Turgência jugular bilateral
- Estertores finos em bases pulmonares
- Presença da terceira bulha cardíaca
- Hepatomegalia

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAIS

Diante do quadro clínico da paciente foram solicitados exames, apresentado os seguintes resultados: hemoglobina: 12g/dl, hematócrito: 36%, leucócitos: 9.000 mm³, plaquetas: 300 000 mm³, glicemia de jejum: 128 mg/dl, creatinina sérica 1mg/dl, colesterol, LDL: 190 mg/dl, colesterol total: 290 mg/dl, colesterol HDL: 40 mg/dl, triglicerídeos em jejum: 300 mg/dl, potássio: 4 mmol/l, sódio: 140 mmol/L. Raio-x de tórax: hipotransparência heterogênea em bases pulmonares, cefalização da circulação e cardiomegalia.

Eletrocardiograma: ritmo cardíaco sinusal, sinais de hipertrofia ventricular esquerda e zona inativa de parede inferior. Ecocardiograma: fração de ejeção= 34 %, aumento de ventrículos e átrios esquerdos, áreas de acinesia e hipocinesia, disfunção sistólica e insuficiência mitral moderada secundária.

O seguinte caso apresentado possui critérios maiores de Framingham para o diagnóstico da insuficiência cardíaca, como turgência jugular patológica, estertores pulmonares, cardiomegalia no Raio x de tórax, terceira bulha cardíaca. Além disso presença de quatro critérios menores como edema de membros inferiores bilateral, tosse noturna, dispnéia aos esforços ordinários e hepatomegalia.

Observa-se como diagnóstico do caso apresentado uma insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. De acordo com o escore da NYHA (New York Heart Association) a insuficiência cardíaca da paciente apresenta classe funcional II. Em relação a classificação evolutiva da patologia ACC/AHA (American College of Cardiology/ American Heart Association) o quadro clínico apresenta-se no estágio C.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2018), quando diminui o débito cardíaco há ativação do sistema renina angiotensina aldosterona e da noradrenalina. Se bloquear esse sistema compensatório aumenta a sobrevida cardíaca. A terapêutica medicamentosa prescrita para esta finalidade foram o Enalapril (Inibidor da enzima conversora de angiotensina), Carvedilol (beta bloqueador), Espironolactona (antagonista da aldosterona, indicado para paciente com classe funcional entre II - IV).

A paciente não apresenta contraindicações para uso dessas drogas, como insuficiência renal e potássio maior que 5,5. Em 2017 foi aprovado um novo medicamento inovador para o tratamento da insuficiência cardíaca o Valsartana/ Sacubitril (Entresto). Dessa forma os pacientes terão acesso a uma nova classe de medicamento, bloqueador do receptor de angiotensina e inibidor da neprilisina, em substituição ao bloqueador do receptor de angiotensina ou inibidor da enzima conversora de angiotensina isolados. Esse medicamento não foi prescrito a paciente porque não é fornecido pelo sistema único de saúde.

A Furosemida (diurético de alça) foi prescrita para o controle dos sintomas não atuando com protetor cardíaco. Dentre os cuidados não farmacológicos prescritos, a restrição de sal para 2 gramas, controle do peso, restrição hídrica para 1,5 litros, prática de atividades físicas regulares, controle da pressão e alimentação saudável.

O Sistema Único de Saúde é uma ferramenta de inquestionável importância para a população brasileira e, nesse âmbito, chega a atender aproximadamente 80% dos brasileiros. Dentre as inúmeras patologias que o serviço sana, as enfermidades cardiovasculares ocuparam a terceira causa de internação do ano de 2007, alcançando um número superior a 1.100.000 hospitalizações. No que tange às causas de internações cardiovasculares, a insuficiência cardíaca é a mais comumente encontrada, quando analisado o mesmo período.

A insuficiência cardíaca tem numerosos mecanismos etiológicos, no entanto, alguns deles são encontrados com maior facilidade. A hipertensão arterial, por sua vez, causa um processo de isquemia miocárdica (miocardiopatia isquêmica) que é o principal mecanismo que contribui para o surgimento da insuficiência cardíaca no Brasil. Outros exemplos são os originados pela doença de Chagas, valvulopatia reumática crônica e endomiocardiofibrose, que são mais restritos a demografias específicas do país.

As tabelas a seguir representam o número de internações e óbitos por insuficiência cardíaca contabilizados pelo SUS no período entre 2000 e 2007 e as suas representatividades quando comparados ao número total de pacientes do serviço.

As condições biopsicossociais de um paciente portador de insuficiência cardíaca são de difícil controle, visto que existem variados fatores que interferem na homeostase da saúde desse indivíduo. Ao evoluir com função cardiológica insuficiente, o paciente pode apresentar alguns sintomas, dentre os quais se enquadram a dispneia, as palpitações, o edema e a fadiga, sintomas que prejudicam substancialmente a capacidade funcional e a rotina do enfermo. Ao se ver nessa situação de restrições, o paciente também desenvolve alterações psicológicas que podem afetar o seu bem-estar psíquico. (SOARES *et al*, 2008).

Tabela 1 - Número de internações e de óbitos por IC no SUS-Brasil entre 2000-2007 e seus respectivos percentuais em relação ao número total de pacientes hospitalizados

Ano	Internações		Óbitos	
	Número	Percentual	Número	Percentual
2000	398.489	3,33	26.368	6,62
2001	385.758	3,28	25.511	6,61
2002	372.604	3,18	25.984	6,97
2003	350.819	3,01	25.260	7,20
2004	339.770	2,95	25.639	7,05
2005	316.386	2,76	24.041	6,54
2006	298.380	2,64	23.775	6,38
2007	293.473	2,59	23.412	6,02

Fonte: Bocchi et al, 2009

Tabela 2 - Demonstrativo das internações quando à faixa etária e gênero por IC no ano de 2007 e suas respectivas taxas de mortalidade

Faixa etária (anos)	Internações (293.473)		
	< 20	20-59	≥60
Masculino	2.326	46.271	101.166
Feminino	2.351	37.598	103.761
Total	4.677	83.869	204.927
% da faixa etária	1,57	28,63	69,80
Taxa mortalidade	7,51	5,83	8,87

Fonte: Bocchi et al, 2009

Tabela 3 - Comparação entre as internações realizadas por IC pelo SUS-MS, por região geográfica brasileira nos anos de 2000 e 2007

Região	2000	2007
Norte	18.664	15.981
Nordeste	97.920	68.524
Sudeste	160.479	122.612
Sul	84.630	61.787
Centro-oeste	36.796	24.569
Total	398.489	293.473

Fonte: Bocchi et al, 2009

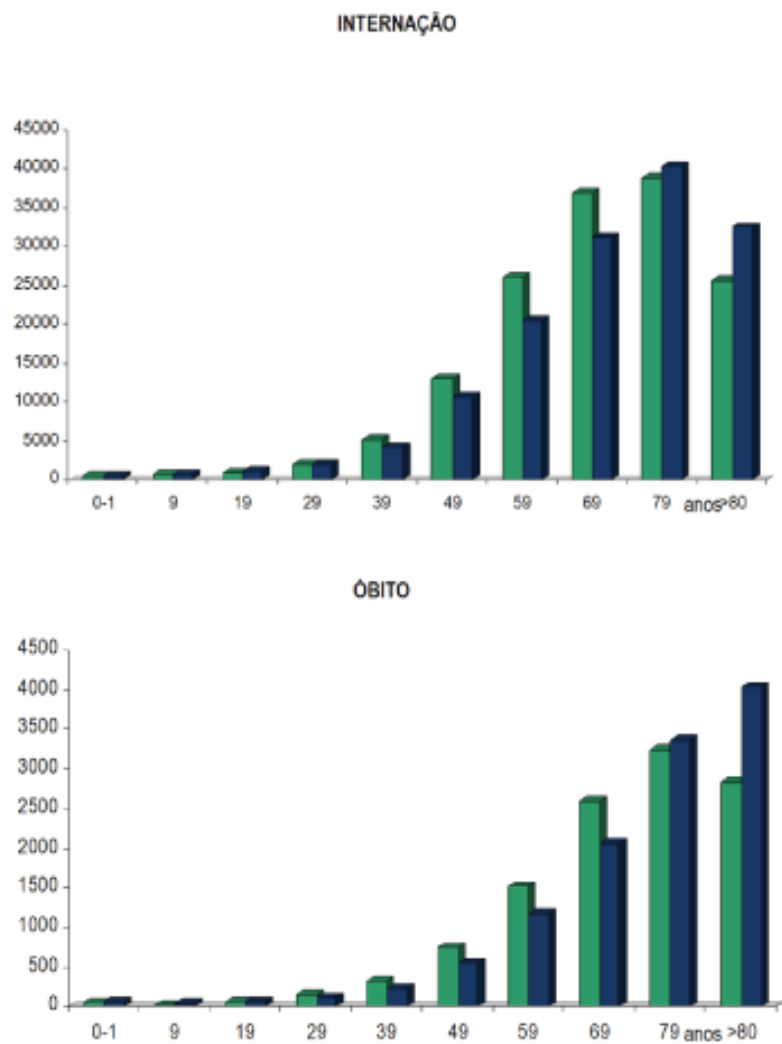


Fig. 1 - Internação e óbito segundo o gênero e a faixa etária na população internada por insuficiência cardíaca em 2007 pelo SUS - MS no Brasil, sendo as colunas em verde referentes ao sexo masculino e as em azul do feminino.

Fonte: Bocchi et al, 2009

O caráter crônico da doença também configura um ponto prejudicial à qualidade de vida do paciente com tal enfermidade e, assim sendo, ele precisa de atenção qualificada e duradoura dos familiares e da equipe multiprofissional de saúde que realiza o seu acompanhamento. (POTT *et al*, 2013).

Tendo em vista o impacto que a insuficiência cardíaca traz para o paciente, é imprescindível oferecer cuidado humanizado e melhora da qualidade de vida ao paciente. O cuidado humanizado pode se dar por meio da conscientização do paciente acerca de sua patologia e das medidas a serem seguidas para alcançar a evolução positiva do seu estado de saúde. Também pode ser proveniente da promoção de apoio, mensagens de consolo, encorajamento e esperança. A melhora da qualidade de vida pode consistir em qualificar a equipe que o

acompanha bem como a família para as devidas ações pertinentes aos determinados males que ele possa vir a sofrer pela doença. (SOARES *et al*, 2008).

A paciente CGL é usuária do SUS e não possui plano de saúde. Assim sendo, conclui-se que CGL, por estar em um quadro de insuficiência cardíaca sintomática, deve procurar uma Unidade de Pronto Atendimento (no caso de seu município a UPA) para avaliação e acompanhamento do seu quadro. Assim que estiver estável, a paciente deve realizar acompanhamento ambulatorial e é de extrema importância que seja com o cardiologista disponível no atendimento do SUS e não somente com o médico generalista. As medidas farmacológicas e não farmacológicas devem ser bem orientadas a fim de que a paciente otimize o seu tratamento e não deixe com que a insuficiência cardíaca venha a descompensar novamente, pois isso pode acarretar consequências irreversíveis para sua saúde.

REFERÊNCIAS

BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.** 2009.

Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq. Bras. Cardiol.** 2018.

POTT, F. S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. Bras. Enferm.** 2013.

SOARES, D. A. et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta. Paul. Enferm.** 2008