

CLÍNICA MÉDICA

CASO 01

Paciente masculino, 56 anos, procura serviço de pronto atendimento com queixa de aumento progressivo do volume abdominal há 3 meses. Essa queixa era acompanhada de edema simétrico de membros inferiores, com instalação gradual de forma ascendente até a raiz de coxas. Familiares notaram nos últimos dias fala lentificada e inversão do ciclo sono vigília. Nega febre, tosse, disúria ou desconforto abdominal significativo. Ao exame físico geral, paciente estava descorado e icterico +/4, além da presença de equimoses em extremidades. A sua fala era disártrica e a pesquisa de flapping foi positiva. Não se observaram outros déficits neurológicos ao exame. A pressão arterial era de 88x56 mmHg, a frequência cardíaca de 110 bpm e a ausculta cardíaca sem alterações. Estava eupneico ao repouso, com oximetria de pulso de 96%, e murmúrios vesiculares reduzidos em bases pulmonares, sem ruídos adventícios. Havia telangectasias no tórax. O abdome era globoso, sem circulação colateral visível, com ascite moderada, e indolor à palpação superficial e profunda. Não foi possível palpar o fígado e a percussão do espaço de Traube evidenciou som maciço. Nas extremidades, notou-se edema 3+/4, frio, indolor, com sinal de Cacifo + (inelástico). Foram colhidos exames laboratoriais e realizada paracentese, cujos resultados principais estão apresentados na tabela a seguir:

Exames séricos	Resultado	Valores de referência
Hemoglobina	11,4 g/dL	13-16 g/dL
Leucócitos	3900 cels/mcL	4500 a 11000 cels/mcL
Plaquetas	110000/mcL	150 a 350 mil/mcL
Tempo de protrombina (INR)	1,8	1,0 a 1,2
Glicose	90 mg/dL	70 a 100 mg/dL
Albumina	3,0 g/dL	3,5 a 5,4 g/dL
Bilirrubinas totais	2,5 mg/dL	0,3 a 1,2 mg/dL
Bilirrubina direta	0,8 mg/dL	< 0,2 mg/dL
Bilirrubina indireta	1,7 mg/dL	< 1,1 mg/dL
Alanina Aminotransferase (ALT)	64 U/L	< 35 U/L
Aspartato Aminotransferase (AST)	84 U/L	<35 U/L
Fosfatase Alcalina		
Gama-GT	250 U/L	8-78 U/L
Fosfatase Alcalina	145 U/L	36-150 U/L
Ureia	95	8-30 mg/dL
Creatinina	1,4 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL

Paracentese	Resultado	Valores de referência
Aspecto do líquido	Amarelo citrino	
Leucócitos	2600 leucócitos	< 500 leucócitos
% de neutrófilos	64%	
Hemácias	185 U/L	< 150 U/L
Proteínas totais	0,9 g/dL	
Albumina	0,8 g/dL	
Adenosina Deaminase	35 U/L	< 40 U/L
Glicose	85 mg/dl	
Desidrogenase láctica	140 U/L	60-160 U/L
Culturas	Em andamento	Ausência de bactérias

QUESTÃO 01:

Qual o mecanismo fisiopatológico principal para a ascite desse paciente? Justifique a sua resposta e forneça 3 etiologias possíveis para ascite ocasionada por esse mecanismo.

Hipertensão portal, pois o gradiente albumina soro-ascite é maior do que 1,1 g/dL. Exemplos de ascite relacionadas à hipertensão portal: cirrose hepática, insuficiência cardíaca, trombose de veia porta, Budd-Chiari, insuficiência hepática aguda (fulminante), esquistossomose, metástase hepáticas.

QUESTÃO 02:

Qual a sua principal hipótese diagnóstica para o quadro neurológico do paciente? Dentre os fatores precipitantes conhecidos para esse quadro, qual o mais evidente de acordo com o caso apresentado. Justifique sua a resposta. Cite 2 outros fatores precipitantes comuns dessa condição que devem ser considerados na investigação.

Encefalopatia hepática precipitada por peritonite bacteriana espontânea, pois existem mais do que 250 polimorfonucleares na análise do líquido ascítico. Outros fatores precipitantes comuns em pacientes com o quadro clínico apresentado são: hemorragia digestiva, constipação intestinal, desidratação,

alcalose, infecções em geral, distúrbios eletrolíticos, medicamentos, trombose de veia porta ou hepática.

QUESTÃO 03:

Qual a principal medida terapêutica a ser instituída nesse momento e qual tratamento adjuvante a ser considerado?

Início de antibioticoterapia e considerar infusão de albumina.

QUESTÃO 04:

O paciente teve boa evolução na internação, mas persistiu com ascite. Cite 3 medidas (não-farmacológicas e/ou farmacológicas) para o tratamento da ascite nesse caso.

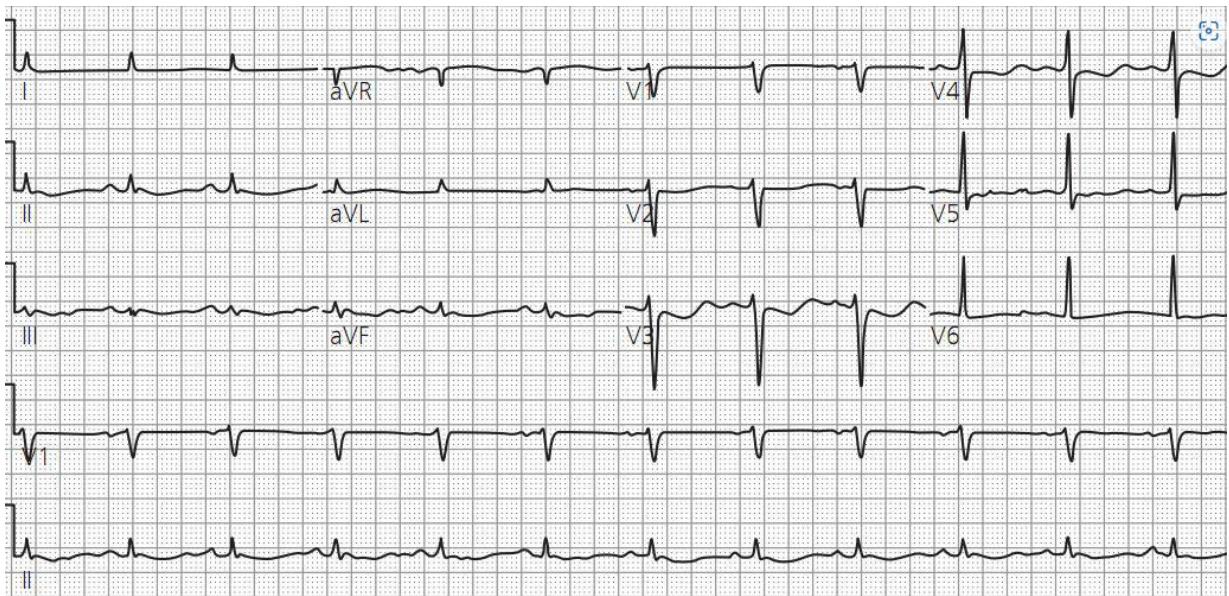
Restrição de sódio, paracentese de alívio, combinação de diuréticos antagonistas da aldosterona com diuréticos de alça.

CASO 02

Paciente feminina, 46 anos, em seguimento por diagnóstico recente (há 3 meses) de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Na consulta anterior, sua pressão arterial (PA) obtida em consultório foi de 186x124 mmHg, o que motivou a prescrição de enalapril 20 mg/dia (inibidor da enzima conversora de angiotensina), amlodipina 10 mg/dia (bloqueador de canal de cálcio) e hidroclorotiazida 25 mg/dia (diurético tiazídico). Recebeu orientações para que retornasse em 1 semana. Fez uso adequado das medicações, mas ficou bastante preocupada porque nos primeiros dias sua PA sistólica continuava acima 180 mmHg. Por esse motivo, embora estivesse assintomática, decidiu procurar um serviço de emergência, onde realizou o eletrocardiograma mostrado a seguir. Nesse serviço, recebeu informação de que seu ECG estava alterado, indicando um problema no coração, mas teve alta por não ter apresentado alterações da troponina cardíaca. A preocupação no período aumentou, pois logo na sequência passou a apresentar tosse seca, além de edema de membros inferiores, mais intenso ao final do dia, restrito à região perimaleolar. Negou dispneia ou alterações no aspecto ou volume da urina. O exame físico atual mostrou IMC de 28 kg/m², PA 152x102 mmHg, ausculta cardíaca e pulmonar normais. Não havia turgência jugular ou hepatomegalia. Relata que sua mãe é hipertensa e teve infarto do miocárdio aos 52 anos. Negou tabagismo, uso de álcool ou drogas ilícitas.

É caixa de supermercado e não realiza atividades físicas regulares. Trouxe exames laboratoriais solicitados na última consulta e o ECG realizado recentemente:

Exames séricos	Resultado	Valores de referência
Hemoglobina	13,5 g/dL	12-15 g/dL
Ureia	25 mg/dL	8-30 mg/dL
Creatinina	0,7 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL
Sódio	138 mEq/L	135-145 mEq/L
Potássio	3,1 mEq/L	3,5 – 5,0 mEq/L
Urina 1		
Proteína	Ausente	
Leucócitos	6000	< 10000/mL
Hemácias	5000	< 10000/mL
Microalbuminúria (isolada)	345 mg/g	< 30 mg/g creatinina
Glicose	204 mg/dL	70 a 100 mg/dL
Hemoglobina glicada	7,8%	< 5,7%
Colesterol total	250 mg/dl	< 190 mg/dL
HDL-colesterol	45 mg/dL	> 50 mg/dL
LDL-colesterol	172 mg/dL	< 115 mg/dL
Triglicérides	164	< 150 mg/dL
Hormônio tireoestimulante	2,4 mcUI/mL	0,5 a 5,0 mcUI/mL



QUESTÃO 05:

Classifique o risco cardiovascular dessa paciente relacionado ao diagnóstico de HAS (sem risco adicional/risco baixo/moderado/alto). Justifique com base em pelo menos 2 dados informados.

Risco alto. Justificativas possíveis: níveis tensionais ao diagnóstico >180x110, presença de diabetes, lesão de órgão alvo (microalbuminúria positiva), e HAS em qualquer nível de PA acompanhada de outros 3 fatores de risco (dislipidemia, histórico familiar de infarto, diabetes).

QUESTÃO 06:

O seguimento ambulatorial da paciente na consulta inicial foi adequado ou havia necessidade de encaminhamento para serviço de emergência? Baseado nas informações fornecidas, quais as explicações mais prováveis para os sintomas relatados pela paciente no retorno da 1ª consulta?

A pressão arterial em níveis acima de 180x120 mmHg (110 mmHg, segundo algumas fontes), isoladamente, não define urgência/emergência hipertensiva, razão pela qual a condução ambulatorial do caso foi adequada. Com base nas informações do caso clínico, a tosse seca e o edema de membros inferiores estão relacionados, mais provavelmente, aos efeitos colaterais das medicações prescritas (iECA e bloqueador de canal de cálcio, respectivamente).

QUESTÃO 07:

Cite 2 indícios de HAS secundária presentes no quadro clínico relatado. Qual a etiologia mais suspeita de HAS secundária e qual exame recomendado para investigação inicial dessa condição? Qual medicamento mais indicado para o controle clínico dessa condição?

Indícios de HAS secundária presentes no caso clínico: HAS resistente; hipocalcemia espontânea ou com dose baixa de diurético; HAS com lesão de órgão alvo. Hiperaldosteronismo primário é uma das causas mais prevalentes de HAS secundária e a sua presença é sugerida pela ocorrência de hipocalcemia. O exame inicial de investigação dessa doença é a relação aldosterona pela atividade de renina plasmática. O medicamento recomendado é a espironolactona (antagonista da aldosterona).

QUESTÃO 08:

Quais alterações estão presentes no ECG? Estabeleça a causa dessas alterações dentro do contexto do caso clínico apresentado.

O ECG mostra infradesnivelamento do segmento ST, alterações difusas de repolarização ventricular e onda U. Esses achados são compatíveis com a hipocalcemia evidenciada nos exames laboratoriais.

CIRURGIA GERAL

CASO 03

Paciente de 75 anos de idade, masculino, nascido no interior de Mato Grosso, com histórico de hipertensão e cardiopatia, relata ter desde a adolescência uma arritmia e vários familiares próximos com problemas cardíacos e digestivos, sendo um irmão portador de megaesôfago. Relata que sempre foi constipado, e que sua frequência evacuatória piorou muito nos últimos 5 anos ficando muito ressecado. Neste último ano relata estar dependente de laxativos, e chegou a ir 3 vezes ao pronto socorro com dores e cólicas, e que nestas ocasiões foi necessário realização de Clister para melhora

do quadro. Relata que há duas semanas teve dores fortes no abdome, difusamente, e está há 8 dias sem evacuar, com cólicas, náuseas, vômitos intensos após se alimentar, e notou intensa distensão do volume abdominal. Não resolveu com uso de lactulona e óleo mineral em casa, e com este quadro de 8 dias sem evacuar, distendido e com dores da entrada na sala de emergência. O médico plantonista solicita exames laboratoriais, RX de abdome agudo e uma tomografia de abdome total, visto que no atendimento inicial não apresentava sinais de peritonite.

Exames laboratoriais:

Hb 9,8

Leuco 15.600 (4% bastões)

PCR 6,5

Na 125

K 6,4

Ureia 58

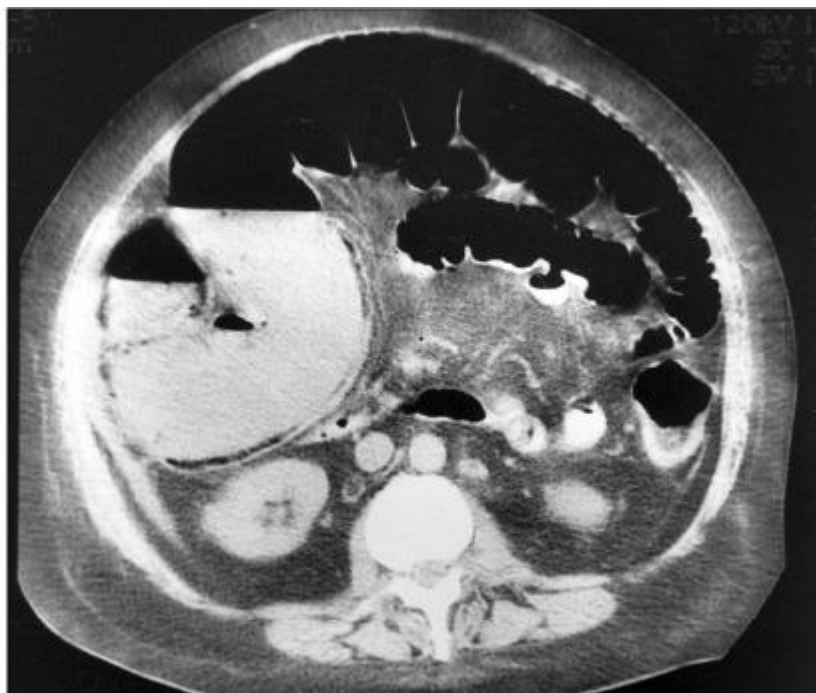
Creatinina 3,2

Abaixo as imagens do Rx de Abdome e da Tomografia de abdome total:

RX DE ABDOME TOTAL



TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL



B

Diante do que foi exposto, você como médico de plantão precisa conduzir este paciente. Desta forma,

pergunta-se:

QUESTÃO 09:

Quais medidas iniciais devem ser feitas na sala de emergência frente a este quadro?

Na sala de emergência deve se pegar dois acessos, hidratação, antibiótico de largo espectro, oxímetro e cateter de O2, sonda nasogástrica, sonda vesical e analgesia.

QUESTÃO 10:

Qual sua principal hipótese diagnóstica? Cite dois diagnósticos diferenciais.

Abdome agudo obstrutivo por volvo de sigmoide, megacólon chagásico, neoplasia de cólon e reto.

QUESTÃO 11:

Descreva os principais achados na radiografia bem como na tomografia realizadas.

RX mostra alças dilatadas, com cólon redundante e distendido difusamente, com sinais de megacólon e com volvo de sigmoide (imagem do u invertido ou grão de café) e na tomografia mostra sinais de obstrução intestinal com distensão difusas das alças com volvo sigmoide e obstrução em alça fechada.

QUESTÃO 12:

Qual a sua conduta final para resolução do quadro em questão?

Tentativa de desobstrução com manobras cautelosas usando retossigmoidoscopia flexível e apos providenciar retossigmoidectomia (com anastomose primaria e íleo de proteção) ou cirurgia a Hartmann.

CASO 04

Paciente de 32 anos, sexo feminino, sem comorbidades, sem uso de medicações prévias, inicia quadro de dores e cólicas abdominais após refeições associado a diarreia intensa, cerca de 5 vezes ao dia, sempre de consistência amolecida, com laivos de muco e sangue. Relata que esta diarreia iniciou há cerca de 6 meses, e no último mês que notou sangue nas fezes. Tem dores na região de fossa ilíaca direita intermitente, chegando a ir ao hospital algumas vezes com suspeita de apendicite aguda, mas sempre descartando esta possibilidade. Tem notado perda de peso nos últimos meses, diminuição do apetite e queda de cabelo com unhas quebradiças. Fez uso de floratil e outros sintomáticos sem melhora do quadro, persistindo com mesmos sintomas. Ao exame físico encontra se em bom estado geral, descorada, nutrida, estável dos sinais vitais, abdome doloroso em fossa ilíaca direita, sem massas palpáveis, sem peritonite, e ao toque retal nota se orifício externo de pequena fistula perianal.

Procurou um médico que após esta avaliação solicitou todos os exames demonstrados abaixo:

Exames laboratorias:

Hb 9,4 ht 31,2

Leuco 9,45

Pcr 8,10

Na 135

K 3,9

Ur 39

Cre 1,0

Calprotectina fecal 1.800

COLONOSCOPIA:





TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL:



QUESTÃO 13:

Qual sua principal hipótese diagnóstica? Cite dois diagnósticos diferenciais.

Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa, Síndrome do Intestino Irritável.

QUESTÃO 14:

Descreva os principais achados dos exames de imagem realizados.

Exame de Colonoscopia: Áreas de Ulcerações, Friabilidade, Edema Mucosa, e Área de Ileíte.

Tomografia com Espessamento e Sub Estenose de Ileo Terminal junto ao Ceco - Sugerindo Crohn de Delgado.

QUESTÃO 15:

Quais seriam suas estratégias de tratamento para esta paciente?

Mesacol, Corticoide, Azatioprina e em eventual falha, uso de terapia biológica, os esquemas de tratamento podem ser Step Up, Step Up Acelerado ou eventual Top Down.

QUESTÃO 16:

Se esta paciente for sub tratada ou tratada de forma incorreta, cite pelo menos 4 complicações ou desfechos negativos que ela poderá enfrentar em sua jornada.

Complicações: estenose com perfuração, colectomia e ou enterectomia, estomia, abscessos, e fistulas e eventual câncer de cólon e reto.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CASO 05

Mulher de 35 anos procura UBS para a realização dos exames ginecológicos de rotina. Não tem queixas ginecológicas no momento, mas não se lembra da data da última coleta de CO (citologia oncológica). Não há registro no sistema de saúde de resultados prévios de CO. Faz uso de contraceptivos orais combinados há 10 anos. De antecedentes obstétricos ela teve 2 gestações com 2 partos vaginais no termo. De antecedentes familiares refere que a mãe é hipertensa e nega casos de câncer na família. Foi procedida a coleta da CO com resultado compatível com LSIL (lesão intraepitelial de baixo grau).

Considerando essa paciente pergunta-se:

QUESTÃO 17:

Diante deste resultado da CO qual a conduta?

Repetir a CO em 6 meses.

A paciente diante do resultado procurou informações na internet e identificou que o achado de LSIL na CO é compatível com uma infecção sexualmente transmissível, e começa a questionar esses achados.

QUESTÃO 18:

Qual o agente etiológico e os principais tipos relacionados às lesões precursoras e ao câncer do colo uterino? Esse achado citológico de LSIL é sempre causado pelos tipos relacionados ao câncer?

HPV de alto risco 16 e 18. Não, o achado de LSIL pode ser causado por HPV de baixo risco também.

QUESTÃO 19:

Qual exame poderia ser feito para prosseguir a investigação diagnóstica e qual a indicação para que ela o realize?

O exame é a colposcopia (com biópsia dirigida se necessário); e a paciente teria indicação de realização da colposcopia se persistir a alteração citológica em 6 meses ou se apresentar alguma citologia compatível com alto grau como HSIL, ASC-H, AGC e carcinomas.

QUESTÃO 20:

O exame de citologia é capaz de diagnosticar as mulheres portadoras do agente etiológico do câncer de colo ou outros exames são necessários? Explique.

Não. A citologia diagnostica as alterações citológicas induzidas pelo HPV mas não detecta a presença da infecção em todas as mulheres. Para detectar as mulheres portadoras do HPV sem alteração citológica é necessário o uso de exame de biologia molecular que é a pesquisa do DNA HPV, seja por captura híbrida, PCR ou genotipagem.

CASO 06

Você está atendendo consultas em uma Unidade Básica de Saúde e recebe a paciente do sexo feminino, MSL, de 23 anos de idade, G1P0 C0 A0, IG: 11 semanas e 6 dias (amenorreia), negra, professora, natural e procedente de Várzea Paulista- SP, peso materno de 89kg, altura de 1,60m. A paciente relata ser hipertensa crônica desde os 19 anos e está em uso de Captopril 25mg 2 vezes ao dia. Traz tanto um exame recente VDRL 1/ 2 quanto um ultrassom do primeiro trimestre que confirma gestação tópica com idade gestacional compatível com atraso menstrual. Nega outras comorbidades ou hábitos rotineiros prejudiciais à saúde (álcool, tabaco, etc.).

Dados relevantes do exame físico: PA: 135 X 90mm Hg.

QUESTÃO 21:

Qual diagnóstico para esta paciente?

Gestação do primeiro trimestre **ou** Gestação de 11 semanas e 6 dias, Obesidade, Hipertensão arterial crônica, rastreamento positivo para sífilis.

QUESTÃO 22:

Qual a conduta para esta paciente nesta consulta?

-Trocar a medicação anti-hipertensiva por alfa- metildopa.

- Introduzir AAS (poderá também incluir suplementação de Cálcio, não obrigatório para resposta devido à IG).

- Solicitar teste treponêmico.

- Solicitar ultrassom morfológico do primeiro trimestre.

- Exames de rotina de pré-natal + proteinúria/creatinúria **ou** proteinúria de 24horas

QUESTÃO 23:

Esta mesma paciente dá entrada no PS da maternidade do Hospital Universitário com IG: 34 semanas e 5 dias com queixa de diminuição da movimentação fetal, cefaleia occipital de forte intensidade (8 em 10), náuseas e escotomas há 3 horas. Relata que os sintomas surgiram de forma abrupta e que não teve fator desencadeante, nega febre e dor retro orbitária. Sem melhora com uso de Paracetamol.

Dados relevantes do exame físico: PA: 170X 110mmHg confirmada em 3 medidas paciente sentada.

BCF: 140 bpm, DU: ausente, MF: não identificado no momento do exame.

Especular: sem alterações.

Toque: colo grosso, posterior e impérvio.

Realizado cardiocografia com resultado: Categoria II (variabilidade reduzida < 5bpm e ausência de acelerações transitórias em 40 minutos.

Qual o diagnóstico para esta paciente?

- Gestação do terceiro trimestre **ou** Gestação de 34 semanas e 5 dias+ Hipertensão artéria crônica + pré-eclâmpsia superajuntada + Iminência de eclâmpsia + sofrimento fetal agudo?

QUESTÃO 24:

Qual a conduta para esta paciente?

-Realizar infusão de sulfato de magnésio endovenoso dose de ataque.

-Realizar hidralazina endovenosa.

-Solicitar exames laboratoriais:

Hemograma, TGO, TGP, DHL, ureia, creatinina, proteinúria 24 h **ou** relação proteína/creatinina, bilirrubinas ou haptoglobina,

-Solicitar ultrassom com Doppler para avaliar a vitalidade fetal.

PEDIATRIA

CASO 07

G.R.U., 6 anos de idade, da entrada as 18:45h no PSI, com quadro de febre de 38,5° C há 2 dias, acompanhado de “inchaço” no rosto e pés, cefaleia frontal evoluindo hoje com dor abdominal e “mal-estar”. Refere que não faz “xixi” desde as 8 horas da manhã de hoje. Nega história de vômito, odinofagia, diarreia, coriza ou tosse. Sem outras queixas no momento.

AP: Lesões na pele pós picada de “inseto” tratada com pomada há 2 semanas. Nega outras comorbidades prévias.

AF: Avó materna com Hipertensão Arterial Sistêmica, sem outras comorbidades relatadas.

Medicação: Nega uso atual ou alergia a medicações.

ISDA: Hábito urinário reduzido nos últimos dois dias. Hábito intestinal: sem alterações.

Exame Físico de entrada:

IG: Bom estado geral, eupneico, corado, hidratado, anictérico, acianótico e afebril.

Antropometria: Peso: 22 kg referido (em consulta de rotina há 5 dias o peso foi de 21 kg), Estatura: 118cm

PA: 123x85 mmHg (P95+12 mmHg)

Face: edema 2+/6+ em pálpebras inferiores, sem outras alterações no momento.

Oro/otoscopia: sem alterações

Ausculta Cardíaca: 2 Bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros audíveis ou outras alterações.

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente bilateral com presença de estertor subcrepitante bibasal, sem desconforto respiratório, SatO2: 98%aa.

Abdomen: Plano, indolor a palpação profunda e superficial, ruído hidroaéreo presente, sem visceromegalias, descompressão brusca negativa e demais dentro dos padrões da normalidade para idade.

Membros: Forças, reflexos e pulsos presentes e normais em todos os membros, edema 2+/6+ em membros inferiores.

Pele: lesões pápulo-crostosas em membros inferiores, bilateral.

Demais aparelhos sem alterações ao exame físico.

Exames laboratoriais:

Hb: 12 g/dl. Ht: 35%. Albumina: 3,5 g/dl, Ureia: 75 mg/dl, Creatinina: 1,1 mg/dl

Na (sódio): 132 mg. K (potássio): 3,4 mEq

Exame de Urina:

pH 6,5. Densidade: 1012, Hemácias: 700 mil, Leucócitos: 10 mil, Nitrito: Negativo, demais dentro da normalidade no momento.

Proteína na urina isolada: 20 e Creatinina na urina isolada: 25

Exames de Imagem:

Rx de Tórax: leve aumento intersticial em bases com discreto aumento da área cardíaca, sem outras alterações no momento.

Rx Abdômen: Normal para idade.

QUESTÃO 25:

Qual a principal hipótese diagnóstica?

- Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica (GNPE).

A GNPE caracteriza-se, fundamentalmente, por processo inflamatório, de origem imunológica, que acomete todos os glomérulos de ambos os rins. Mais comum das glomerulopatias, rara em menores de dois anos, sendo mais frequente no período pré-escolar e escolar, com pico de incidência ao redor dos sete anos.

A incidência no sexo masculino em relação ao feminino é de 2:1, nos casos associados à infecção de vias aéreas superiores; enquanto nos casos de piodermite observa-se equivalência entre os sexos.

A relação com infecção estreptocócica precoce está bem estabelecida e existem fortes evidências de que o antígeno desencadeante da nefropatia correlaciona-se com raças nefritogênicas do estreptococo beta-hemolítico do grupo A (SBGA).

As proteínas associadas a cepas nefritogênicas ligam-se ao plasminogênio humano e reagem preferencialmente com anticorpos no soro de GNPE.

A partir do processo inflamatório, que acontece ao nível dos capilares glomerulares, ocorre redução no ritmo de filtração glomerular (RFG) devido à redução do coeficiente de ultrafiltração. Esta redução aguda do RFG leva à retenção de sódio, enquanto a função tubular praticamente normal causa um desajuste do balanço glomerulotubular. Tal fato, associado à ingestão de água e sódio, resultará na expansão do volume extracelular (edema e hipertensão) e na conseqüente supressão do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Além do aumento do volume circulante, acredita-se que nos capilares sistêmicos ocorram alterações das forças determinantes da lei de Starling, contribuindo para o aparecimento do edema. Na fisiopatologia da hipertensão arterial, além da já citada hipervolemia por retenção de água e sódio, encontra-se vasoespasmo generalizado. Habitualmente, o edema antecede o aparecimento da hematúria, que em 2/3 dos casos é macroscópica. No restante dos casos pode haver apenas micro-hematúria diagnosticada laboratorialmente.

Na evolução natural dos casos não complicados observam-se inicialmente, em média sete a quinze dias após o início da doença, desaparecimento do edema, aumento da diurese e, dois a três dias após, normalização dos níveis tensionais. Ao redor da terceira ou quarta semana após o início da sintomatologia, ocorre o restabelecimento clínico geral da criança.

QUESTÃO 26:

Cite as 3 características (clínicas ou laboratoriais) que elucidam a principal hipótese diagnóstica.

Os sintomas clínicos clássicos, edema, hipertensão e hematúria, manifestam-se 7 a 14 dias (no máximo seis semanas) após a infecção estreptocócica de vias aéreas superiores ou de pele.

A apresentação típica inclui oligúria e acometimento moderado da função renal, podendo ocorrer, ocasionalmente, hipervolemia com edema agudo pulmonar, crise hipertensiva com encefalopatia e convulsões, e injúria renal aguda (IRA), algumas vezes com necessidade de diálise de urgência.

Laboratoriais: confirmam o padrão de hematúria, o nível de proteinúria, a eventual IRA e os distúrbios hidroeletrólíticos associados.

O exame do sedimento urinário (EAS ou Urina 1) confirma envolvimento glomerular agudo, com a presença de sangue vermelho, no qual frequentemente são identificados glóbulos vermelhos dismórficos e glóbulos brancos. No início da fase aguda, leucócitos urinários podem predominar sobre as células vermelhas do sangue. A hematúria microscópica pode permanecer elevada por vários meses, permitindo inclusive um diagnóstico retardado de um episódio de glomerulonefrite aguda pós-infecciosa.

A taxa de filtração glomerular (GFR) é muitas vezes reduzida durante a fase aguda da doença. Aumento das escórias nitrogenadas (uréia) no sangue foi observado em 60-65% dos pacientes, com a diminuição da depuração de creatinina, estimada em menor que 90 ml/min/1.73 presente em 20%.

Hipoalbuminemia é bastante comum: em um grande estudo de glomerulonefrite aguda pós-infecciosa, a albumina do soro era inferior a 3,0 g / dl em 46% dos casos e inferior a 2,5 g / dl em 15% dos casos estudados. Diminuição da hemoglobina no sangue também é muito comum.

QUESTÃO 27:

Qual o tratamento inicial no Pronto Socorro?

O tratamento da glomerulonefrite pós-infecciosa é basicamente sintomático, crianças com quadro leve a moderado podem ser tratadas em domicílio, desde que tenham a pressão arterial devidamente

monitorada e uma restrição dietética adequada.

1) Repouso: deve ser limitado pelo próprio paciente e recomendado enquanto persistirem edema e hipertensão ou na vigência de complicações. Não se justifica repouso prolongado, pois não influenciará a evolução da doença.

2) Dieta:

a) Restrição hídrica: é importante na fase de hipervolemia e oligúria. Recomenda-se administrar o volume correspondente às necessidades mínimas basais, 20ml/Kg ou 400ml/m² da superfície corpórea (SC), acrescidos de volume igual ao da diurese das últimas 24 horas;

b) Restrição de sódio: deve ser limitada à fase de oligúria, edema e hipertensão. Superada a fase aguda deve-se passar, gradativamente, para a dieta hipossódica e normossódica;

c) Restrição de potássio: está indicada apenas nos casos de oligúria importante (diurese < 240ml/m²SC/dia);

d) Restrição protéica: somente nos casos em que há intensa redução do ritmo de filtração glomerular.

3) Tratamento medicamentoso:

a) Infecção estreptocócica: o tratamento da GNPE requer erradicação da infecção que pode ser obtida com a penicilina benzatina (tratamento de escolha), em dose única de 600.000U para crianças com menos de 25Kg e 1.200.000U para crianças com mais de 25Kg; ou com eritromicina na dose de 30mg/Kg/ dia durante dez dias, nos casos sensíveis à penicilina. Embora a eritromicina seja eficaz no tratamento da estreptococcia, sua potencialidade comparada à da penicilina benzatina, quanto à diminuição do número de portadores do estreptococo, deixa a desejar. Por outro lado, a penicilina benzatina, ainda que não erradique os portadores de estreptococo, consegue erradicar as raças virulentas do germe;

b) Diuréticos: os diuréticos de alça estão indicados naqueles pacientes que apresentarem complicações. Preferível o uso da Furosemida.

QUESTÃO 28:

Após suporte clínico inicial, quais os exames complementares para confirmação diagnóstica e seguimento clínico?

Os marcadores sorológicos mais comumente utilizados são o título da anti-estreptolisina O (ASLO) e a depressão do nível sérico C3. Níveis de anticorpos aumentados para antígenos antiestreptocócicos (ASLO, antihialuronidase (AH) e anti- DNAase) são documentados com menos frequência do que os baixos níveis de C3.

Os anticorpos serão diferentes, dependendo do local da primo-infecção:

Títulos ASLO são mais elevados em glomerulonefrite aguda pós-infecciosa associada à faringite, do que quando associada com piodermite. Assim sendo no caso de infecção das vias aéreas superiores, os anticorpos mais propensos a serem encontrados são: a Antiestreptolisina O e dinucleotidases adenina antinicotinamida. No caso de infecção cutânea, encontramos níveis mais elevados de anticorpo antihialuronidase e antidesoxyribonucleases B

Nos casos de glomerulonefrite difusa aguda associada à piodermite, é mais provável a demonstração de elevados títulos de anti-ADNase B do que títulos elevados de ASLO.

O perfil de ativação complementar é predominante da via alternativa e resulta em um abaixamento da fração de C3 e CH50. O declínio da fração C4 é geralmente muito precoce e transiente. A normalização de C3 geralmente ocorre dentro de oito semanas após o tratamento, e em alguns estudos dentro de seis semanas, e é de fundamental importância, principalmente quando a biópsia renal não foi realizada por ter sido julgada desnecessária. Estudos têm demonstrado que a depressão dos níveis de C3 na glomerulonefrite aguda pós- infecciosa, parece preceder o aparecimento da hematúria.

Nos testes imunológicos, outras anomalias são observadas: elevação de anticorpos IgG e IgM (aproximadamente 90% dos pacientes); presença de complexos imunes na circulação (60% dos pacientes) e crioglobulinemia (66% dos pacientes); presença de ANCA (10% dos pacientes) foi associado a formas graves de envolvimento renal com proliferação extracapilar.

Referências:

1. YOSHIZAWA, Nobuyuki. Acute Glomerulonephritis. Review Article. International. Medicine Vol. 39, No 9, 2000.
2. RODRIGUEZ-ITURBE, Bernardo; MUSSER, M. James. The Current State of Poststreptococcal Glomerulonephritis. J Am Soc Nephrol 19: 1855 - 1864, 2008.
3. EISON, T. Matthew et al. Post-streptococcal acute glomerulonephritis in children: clinical features and pathogenesis. Pediatr. Nephrol. 26: 165 – 180, 2011.
4. RODRÍGUEZ-ITURBE, Bernardo; BATSFORD, S. Pathogenesis of poststreptococcal glomerulonephritis a century after Clemens von Pirquet. Kidney International 71: 1094 – 1104, 2007.
5. GV, Kumar. Clinical Study of Post Streptococcal Acute Glomerulonephritis in Children with Special reference to Presentation. Curr. Pediatr. Res. 15: 89-92, 2011.
6. GARNIER, Arnaud et al. Glomérulonéphrite aiguë postinfectieuse. Postinfectious acute glomerulonephritis. Néphrologie & Thérapeutique. 5: 97-100, 2009.
7. MARQUES, Vilmar de Paiva et al. Glomerulonefrite aguda após infecção de vias aéreas superiores ou pele: análise descritiva de 82 pacientes entre 14 e 64 anos de idade. J. Bras. Nefrol. 32 (3): 237-241, 2010.

CASO 08

Você está na Unidade de Saúde e recebe G.S.B, com 25 dias de vida, recém- a termo (39 semanas e 2 dias), adequado para idade gestacional. A mãe está ansiosa porque a criança está em aleitamento materno exclusivo, mama com muita frequência e “chora muito”. Ela tem receio de que seu leite não seja suficiente. Também trouxe o resultado do teste do pezinho e pede a você informações sobre esse exame. Você observa, avalia a mamada e o exame trazido pela mãe, além de examinar o bebê, que ganhou peso satisfatoriamente e não apresenta alterações clínicas.

QUESTÃO 29:

Cite 3 parâmetros que indicam uma boa técnica de amamentação.

Recurso deferido – gabarito retificado:

- As roupas da mãe e do bebê são adequadas, sem restringir movimentos? Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres.
- A mãe está confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para a frente?
- O corpo do bebê se encontra bem próximo do da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga?
- O corpo e a cabeça do bebê estão alinhados (pescoço não torcido)?
- O braço inferior do bebê está posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe?
- O corpo do bebê está curvado sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas?
- O pescoço do bebê está levemente estendido?
- A mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre?
- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com o nariz na altura do mamilo?
- A mãe espera o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-lo no peito?
- O bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2 cm além do mamilo)?
- O queixo do bebê toca a mama?
- As narinas do bebê estão livres?
- O bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios?
- Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um lacre?
- O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo?
- As mandíbulas do bebê estão se movimentando?
- A deglutição é visível e/ou audível?

QUESTÃO 30:

Cite 3 dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.

Passo 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

Passo 2 - Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;

Passo 3 - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4 - Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; conforme nova interpretação: colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

Passo 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

Passo 6 - Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

Passo 7 - Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia;

Passo 8 - Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

Passo 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;

Passo 10 - Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade; conforme nova interpretação: encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e estimular a formação e a colaboração com esses grupos ou serviços.

QUESTÃO 31:

Cite 3 vantagens do aleitamento materno para o bebê.

1. Evita mortes infantis: Graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis

2. Diminui a doença diarreica: Além de evitar a diarreia, a amamentação também exerce influência na gravidade dessa doença. Crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas

3. Evita infecções respiratórias: A proteção do leite materno contra infecções respiratórias foi demonstrada em vários estudos realizados em diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil. Assim

como ocorre com a diarreia, a proteção é maior quando a amamentação é exclusiva nos primeiros seis meses. Além disso, a amamentação diminui a gravidade dos episódios de infecção respiratória.

4. Diminui o risco de alergias: Estudos mostram que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes

5. Diminui o risco de hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes: Há evidências sugerindo que o aleitamento materno apresenta benefícios em longo prazo. A OMS publicou importante revisão sobre evidências desse efeito (HORTA, 2007). Essa revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas (-1,2mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2.

6. Reduz chance de obesidade: A maioria dos estudos que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de 3 anos e tipo de alimentação no início da vida constatou menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas. Na revisão da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno em longo prazo, os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade

7. Melhor nutrição: Por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas

8. Efeito positivo na inteligência: Há evidências de que o aleitamento materno contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo. Os mecanismos envolvidos na possível associação entre aleitamento materno e melhor desenvolvimento cognitivo ainda não são totalmente conhecidos. Alguns defendem a presença de substâncias no leite materno que otimizam o desenvolvimento cerebral; outros acreditam que fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar e à escolha do modo como alimentar a criança são os responsáveis

9. Melhor desenvolvimento da cavidade bucal: O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária.

QUESTÃO 32:

Cite 2 doenças que devem constar no Programa de Triagem Neonatal, pelo SUS, se esta criança nasceu no Estado de São Paulo.

1. Fenilcetonúria
2. Hipotireoidismo congênito OU Hipotireoidismo
3. Hemoglobinopatias OU anemia falciforme OU doença falciforme
4. Fibrose cística OU mucoviscidose
5. Deficiência de Biotinidase OU Biotinidase
6. Hiperplasia Adrenal Congênita OU Hiperplasia Congênita de Supra-renal OU Hiperplasia Congênita de Adrenal

Referência Bibliográfica

1. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SAÚDE COLETIVA

CASO 09

Jurema tem 32 anos, procura a Unidade de Saúde da Família e é atendida pelo Dr. Guilherme, médico de família. Queixa-se de desconforto gástrico com náuseas e vômitos pós alimentares nos últimos 2 meses, com perda de peso, sem outros sintomas. Pensando em gastrite com eventual refluxo, Dr. Guilherme recomenda o uso de Omeprazol 20mg e Domperidona 10mg, na posologia habitual. Jurema retorna depois de 6 semanas, referindo persistência dos sintomas, alguma fraqueza e perda de peso de 3 kg desde a primeira consulta, naquele momento com peso de 62,0 kg. Com muita insistência e cuidado do Dr. Guilherme, relatou que tinha dois filhos, um do relacionamento anterior, o segundo com 6 anos, com o companheiro atual. Fica em casa, não sabe ler ou escrever, nervosa com os controles e exigências do marido, ainda que negasse violência física. Diz que não tem para onde ir, como sobreviver, nem tem parentes próximos. Mostrou preocupação sobre os relatos se seu companheiro soubesse da conversa. Da clínica, diz que tinha fome; mas, com o desconforto, provocava vômitos. Sem benefícios com as medicações, usava irregularmente. Exames laboratoriais não indicaram diabetes, nem alterações de tireoide, ou dos lipídios; mas, com Hematócrito de 35%, Hb de 10g/dL.

Após a consulta, Dr. Guilherme reuniu-se com a Enfermeira coordenadora da Unidade, procuraram o Agente Comunitário da microárea de Jurema, conversam sobre o caso; este, diz que a família morava há 6 meses no território, que Jurema pouco atendia ou saía de casa e que seu companheiro era catador de material reciclável, quase não o via. Após a conversa, a Enfermeira solicitou Visita Domiciliária pela

Assistente Social do NASF que, depois de duas tentativas, estava aguardando um novo momento. Também, uma consulta compartilhada entre o Dr. João, médico psiquiatra do NASF, e o Dr. Guilherme, quando se recomendou o uso de Sertralina 50mg e a solicitação de novos exames laboratoriais, EDA, US transvaginal e de mamas, coleta de Citologia Oncótica, sorologias para hepatites, com a preocupação sindrômica de consumo: estava com 55,0 kg.

Jurema retornou depois de 2 meses, com os exames, todos normais, não reagentes ou negativos, exceto o Hemograma, com Hematócrito de 32% e Hb de 9g/dL, anemia normocítica e normocrômica, estava pesando 52,0 kg, estava envergonhada de estar tão emagrecida. No mesmo dia, aconteceu a reunião semanal da Equipe de Saúde onde o caso foi novamente apresentado, sugerida internação hospitalar para investigação, o que ocorreu após contato com o médico de retaguarda hospitalar de referência da Unidade de Saúde. Soube-se, depois, que Jurema fazia uso abusivo de álcool e outras drogas, não transparecido durante os encontros até aquele momento.

QUESTÃO 33:

Considerando a narrativa acima e as diretrizes de educação do SUS, cite a política nacional relacionada e um trecho ou parágrafo que caracterize esta política no texto.

Educação Permanente em Saúde

“Após a consulta, reuniu-se com a Enfermeira coordenadora da Unidade, procuraram o Agente Comunitário da microárea de Jurema, conversam sobre o caso, este diz que (...)” ou “(...) consulta compartilhada com o Dr. João, médico psiquiatra também do NASF com o Dr. Guilherme, de onde se recomendou o uso de Sertralina 50mg (...)” ou “(...) aconteceu a reunião semanal da equipe de saúde onde o caso foi novamente apresentado, (...)”

QUESTÃO 34:

O conceito dessa política nacional de educação é:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

QUESTÃO 35:

Dentro desta política, podem ser criados espaços formalizados para desenvolvimento ensino/aprendizado, cite a atividade e um trecho ou parágrafo que caracterize esses espaços.

Matriciamento ou Apoio Matricial

“(...) consulta compartilhada com o Dr. João, médico psiquiatra também do NASF com o Dr. Guilherme, de onde se recomendou o uso de Sertralina 50mg e (...)” ou “(...) aconteceu a reunião semanal da equipe de saúde onde o caso foi novamente apresentado, (...)”

QUESTÃO 36:

Cite dois atributos da Atenção Primária em Saúde - APS que se evidenciam no texto.

Longitudinalidade, Integralidade, Atenção ao Primeiro Contato, Coordenação do Cuidado

Referências / Bibliografia:

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Portaria nº 1996 de 20/08/2007 / MS - Ministério da Saúde (D.O.U.22/08/2007)

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Apoio Matricial

<https://aps-repo.bvs.br/aps/como-o-apoio-matricial-pode-ser-desenvolvido-na-atencao-basica-em-saudeatencao-primaria-em-saude>

Atributos da APS

Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64

CASO 10

O seu próximo atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) será para o Sr. Francisco de Oliveira, 58 anos, negro, cisgênero masculino heterossexual. Natural de Várzea Paulista (SP). Motorista de ônibus urbano. Casado com três filhos. Ensino médio completo. Mora no bairro São Camilo, em Jundiáí.

SUBJETIVO:

Compareceu para entrega de exames de rastreamento solicitados na última consulta. Assintomático. Refere dificuldade para dormir por causa dos roncos. Sua esposa reclama do barulho e preocupa-se por ele ficar sem respirar. Sr. Francisco espera saber o resultado dos exames e receber orientações sobre como melhorar sua saúde. Relata ser hipertenso há 15 anos, em uso de hidroclorotiazida 25mg por dia. Nega tabagismo. Etilismo excessivo ocasional aos finais de semana. Alimentação baseada em carboidratos, proteínas animais, gorduras trans, açúcares e sal (acima de 5g por dia). Sedentário. Desconhece alergias. Nega adoecimentos pregressos e cirurgias. Vacinas atualizadas: dT, Hep B, Febre amarela e COVID (3 doses). Pai falecido de infarto agudo do miocárdio aos 54 anos, mãe hipertensa e diabética, falecida por neoplasia maligna de mama. Irmãos e filho mais velho hipertensos.

OBJETIVO:

Peso: 97 kg. Altura: 1,70 m. IMC: 33,56 kg/m². Circunferência abdominal: 118 cm.

PA: 170 x 100 mmHg. Saturação O₂: 98%. Frequência cardíaca: 82 bpm.

ACV: ritmo cardíaco regular em dois tempos. Normofonese de bulhas. Sem sopros.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular audível e uniforme bilateral, sem ruídos adventícios.

Abdome: obeso, ruídos hidroaéreos presentes. Sem visceromegalias.

Resultado de exames:

Glicemia jejum: 122 mg/dL
HbA1C: 6,0%
Colesterol total: 279 mg/dL
COL - HDL: 38 md/dL
COL - LDL: 165 mg/dL
Triglicérides: 381 mg/dL
Ácido úrico: 8,2 mg/dL

Creatinina: 1,1 mg/dL
Potássio: 4,2 mmol/L
Gama GT: 62 UI/L
TGO (AST): 46 UI/L
TGP (ALT): 42 UI/L
CPK: 69 UI/L

Microalbuminúria: 65 mg/24h
Sorologias não reagentes:
Hepatite B e C,
Sífilis,
HIV.
Pesquisa sangue oculto nas fezes:
negativa.

Em relação ao caso descrito acima, responda:

QUESTÃO 37:

O Sr. Francisco é portador de hipertensão arterial primária. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, quais os fatores de risco cardiovascular estão presentes nesse caso?

Fatores de risco cardiovascular:

- Idade acima de 55 anos e Gênero masculino.
- Pai falecido com IAM precoce (inferior a 55 anos).
- Síndrome metabólica.
- Obesidade grau I.
- Dislipidemia mista.

QUESTÃO 38:

Em relação à hipertensão arterial do Sr. Francisco, qual o Risco Cardiovascular considerado, e consequentemente a meta/alvo pressórico?

RISCO ALTO.

ALVO/ Meta Pressórica abaixo de 130x80 mmHg e acima de 120x70 mmHg.

QUESTÃO 39:

Considerando o atendimento no cenário da Atenção Primária à Saúde, além das doenças crônicas não transmissíveis, qual a lista de problemas do Sr. Francisco?

Sedentarismo.

Bebedor excessivo ocasional.

Alimentação hipercalórica e hipersódica.

HAS risco alto.

Obesidade grau I

Síndrome metabólica.

Pré-DM. FindRisk (22 - Muito alto risco).

Hiperuricemia.

Dislipidemia mista

Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Dificuldade para dormir.

QUESTÃO 40:

Qual o plano de tratamento (conduta) do Sr. Francisco? Para a resposta, utilize o Registro Clínico Orientado por Problemas (ReCOP), citando os planos diagnóstico, terapêutico, de educação em saúde e de seguimento/acompanhamento, citando o alvo/meta pressórica.

Plano diagnóstico: eletrocardiograma, polissonografia. Solicitação de automonitoramento da pressão arterial (AMPA).

Plano terapêutico: suspender hidroclorotiazida (hiperuricemia). Prescrever: iECA ou BRA associado à BCC (anlodipina), estatinas, e redutor de ácido úrico (alopurinol). Referência para Nutricionista (HAS, AU, DM, SM, Obesidade) e oftalmologia para realização de fundoscopia.

Plano educação em saúde: incentivo para o uso moderado de bebida alcoólica (200g de álcool/semana), prática de atividade física aeróbica 150 min por semana, alimentação hipocalórica e hipossódica (DASH). Redução de 5 a 7% do peso corporal.

Plano seguimento: retorno breve entre 7 e 15 dias para avaliação pressórica (AMPA) e adaptação aos medicamentos. Avaliação do alvo pressórico abaixo 130 x 80 mmHg. Retorno para avaliação do eletrocardiograma e polissonografia.

Referências:

Barroso, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/207940>>.

BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. 491 p. ISBN: 978-85-93746-02-4

ALUDI, André Arpad et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da Aterosclerose – 2017. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 109, n. 2, p. supl. 1 1-76, 2017 Tradução.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017001100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2022.