

CIRURGIA GERAL

CASO 01

Paciente de 54 anos, masculino, hipertenso em uso de losartana, negando outras patologias prévias, relata ter nos últimos 6 meses incomodo na região inguinal direita e fossa ilíaca direita. Chegou a procurar o pronto socorro há 3 meses com dor intensa na região e inicialmente chegou a se na ocasião a suspeitar de apendicite aguda a qual foi descartada. A dor apresentou períodos de melhora, porém há 1 mês vem notando novamente dor e sensação de distensão abdominal após alimentação, com alteração do ritmo evacuatório. Suas fezes ficaram mais líquidas chegando a alguns episódios de diarreia e notou há duas semanas laivos de sangue vivo junto ao bolo fecal. Apresentou uma pequena perda ponderal neste período e neste último mês também notou edema importante e endurecimento da panturrilha direita, sendo diagnosticado com trombose venosa profunda de membro inferior direito e iniciou esquema de anticoagulação oral. Relata não ter histórico familiar importante. Antecedentes pessoais tem histórico de ingesta alcoólica social.

Este paciente vai ao pronto socorro devido a uma piora intensa da dor, tipo cólica, localizada em fossa ilíaca direita, com distensão abdominal e vômitos associado a febre de 39° C.

Exame físico na admissão:

Reg, descorado, desidratado, eupneico, estável. PA 120x90 mmHG FC 90 FR 16

Mv + bilat sem RA. Abdome globoso, distendido, hipertimpânico, com ruídos aumentados, sem massas palpáveis, sem sinais de peritonite. Febril T = 39. Durante exame físico apresentou dois episódios de vômitos.

No PS realizados alguns exames laboratoriais e um RX de abdome como segue abaixo:

Hb 10.4

Amilase = 80

Leuco 14 000 (2% bastões)

PCR = 8,0

Na 130

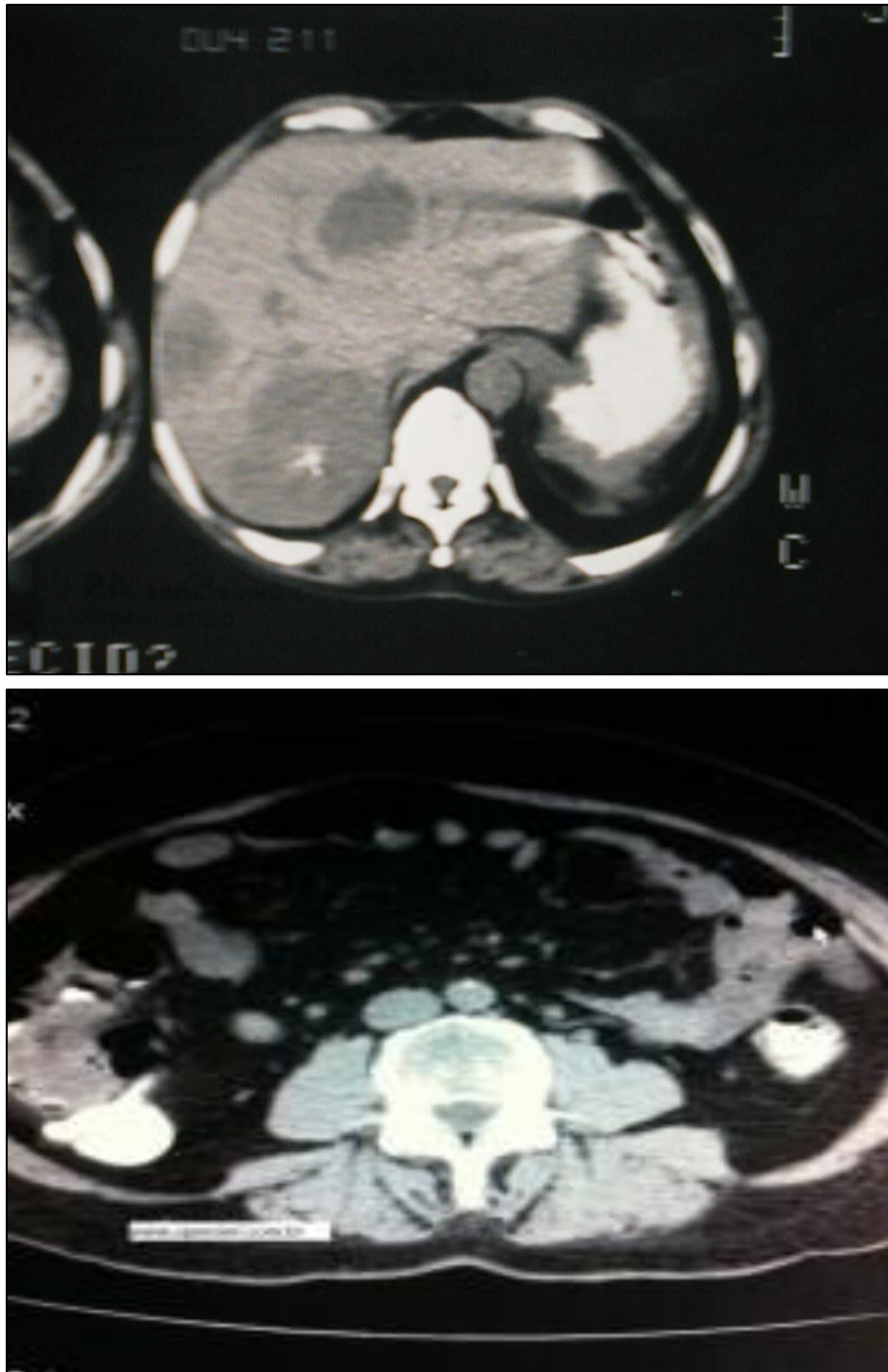
UR = 55

K 3,9

Cre 1,1



Após estes exames os familiares do paciente chegam no PS trazendo uma tomografia que o mesmo realizou há três dias atrás antes da entrada no PS conforme segue abaixo:



Diante do exposto, pergunta-se:

QUESTÃO 01:

Principal hipótese diagnóstica e dois diagnósticos diferenciais.

Abdome Agudo Obstrutivo, Neoplasia Colorretal, Hérnia Encarcerada, Crohn Estenosante.

QUESTÃO 02:

Cite as alterações encontradas no RX e na tomografia de abdome.

RX - níveis hidroaéreos, distensão da alças, perda das haustrações, dilatação, sugestivo de obstrução.

TC - meta hepática com lesão estenosante em Ceco - sugestivo de neoplasia de Colon.

QUESTÃO 03:

Qual a melhor conduta para este paciente após todos estes exames?

Sonda nasogástrica, sonda vesical, acesso e hidratação, analgesia, antibiótico e preparar para cirurgia.

QUESTÃO 04:

Qual a melhor estratégia cirúrgica para este paciente?

Colectomia direita com anastomose primária.

QUESTÃO 05:

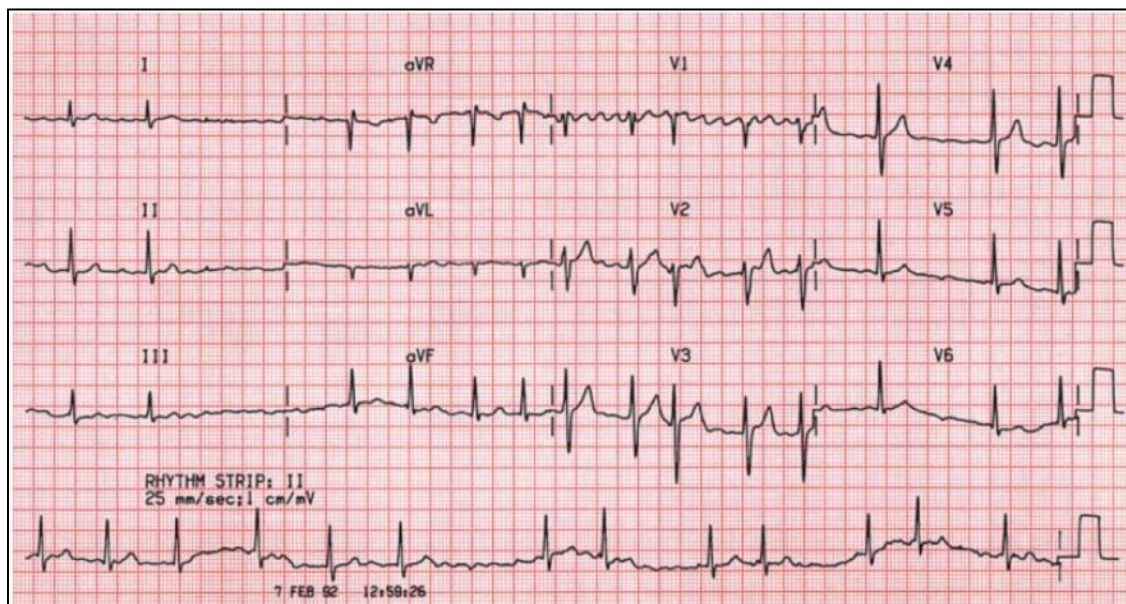
Cite duas possíveis complicações desta cirurgia.

Fístula da anastomose, bridas, infecção de ferida operatória e abscesso intracavitário.

CLÍNICA MÉDICA

CASO 02

Paciente masculino, 72 anos, comparece ao pronto socorro por dificuldade de fala e fraqueza no lado direito do corpo, com início há 1,5 hora. Acompanhante negou cefaleia, perda de consciência ou convulsões. Negou também episódios prévios de déficits neurológicos, ainda que transitórios. Referiu ser previamente hipertenso e diabético, em uso de losartana 100 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e metformina 2g/dia. Não fazia uso de outras medicações. Negou consumo de bebidas alcoólicas, cigarros ou drogas ilícitas. Na triagem, foram observados os seguintes sinais vitais: frequência cardíaca em torno de 100 bpm; pressão arterial de 194x132 mmHg; temperatura axilar de 37,1° C; frequência respiratória de 20 rpm; oximetria de pulso 97%. As bulhas cardíacas eram arrítmicas e não foram auscultados sopros. A ausculta pulmonar era limpa e não havia edemas. O paciente encontrava-se vígil e com afasia de expressão. Notava-se olhar preferencial para a esquerda e, na avaliação motora, constatou-se a presença de hemiparesia direita completa proporcionada (grau III em membros). Além disso, havia hemianestesia e hemianopsia homônima à direita. Foram realizadas, de imediato, glicemia capilar (=175 mg/dl) e tomografia de crânio (TC) sem contraste (corte representativo desse exame ao lado). O eletrocardiograma obtido na sala de emergência também é mostrado a seguir:



QUESTÃO 06:

Com base nas informações fornecidas, estabeleça sua principal hipótese diagnóstica e especifique o mecanismo fisiopatológico causal mais provável para essa sua hipótese.

Acidente vascular cerebral (encefálico) isquêmico de etiologia cardioembólica.

QUESTÃO 07:

Indique a terapia prioritária a ser considerada diante do quadro clínico relatado e qual medida deve preceder a instituição desse tratamento. Responda a cada uma dessas questões citando o nome dos eventuais medicamentos a serem utilizados (pelo menos um medicamento adequado para cada intervenção citada).

A terapia prioritária é a instituição rápida de terapia fibrinolítica, por meio da infusão intravenosa de alteplase

(rtPA – ativador do plasminogênio tecidual recombinante), desde que o paciente preencha os critérios para trombólise. Antes da administração do fibrinolítico, é necessário controlar a pressão arterial para valores inferiores a 185 × 110 mmHg. Para esse controle, podem ser utilizados anti-hipertensivos intravenosos, como esmolol, labetalol, nicardipina ou clevidipina. Também serão consideradas corretas respostas que indiquem nitroprussiato de sódio ou nitroglicerina intravenosos, por serem fármacos amplamente utilizados na prática clínica e passíveis de titulação em ambiente de emergência.

QUESTÃO 08:

O paciente apresentou evolução satisfatória na internação, com melhora dos déficits neurológicos na internação (persistiu hemiparesia grau IV e disartria discreta). Sua pressão arterial estava em níveis próximos à 130x80, em uso de medicamentos orais, e a frequência cardíaca estava em torno de 120 bpm (ritmo cardíaco mantido em relação ao eletrocardiograma feito na admissão). Nesse contexto, descreva as principais medicações a serem prescritas próximo à alta hospitalar.

Manter anti-hipertensivos utilizados para controle da pressão arterial nos níveis atuais. Além disso, o paciente deve receber medicação para controle de frequência cardíaca em vigência de fibrilação atrial. As principais opções são beta-bloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio não diidropiridínico (diltiazem ou verapamil) ou digital. Por fim, deve receber anticoagulação para prevenção secundária de AVC (anticoagulantes diretos ou antagonistas de vitamina K). Estatinas também são recomendadas após acidente vascular cerebral isquêmico, em geral.

QUESTÃO 09:

Você está na enfermaria organizando os papéis de alta e um aluno do 3º ano de medicina que acabou de examinar o paciente o procura para explicações sobre o exame neurológico atual desse paciente. Descreva os achados esperados à avaliação do tônus muscular, reflexos tendíneos e cutâneo-plantar do lado hemiparético em comparação ao lado contralateral.

Alteração esperadas à avaliação motora do lado parético são aquelas relacionadas à lesão do neurônio motor superior: hipertonía; reflexos tendíneos aumentados e reflexo cutâneo-plantar em extensão (sinal de Babinski).

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CASO 03

Paciente MSG, 27 anos, G2P1c (Há 3 anos) A1, DUM: Há um mês (imprecisa), MAC: DIU de cobre. Refere dor em baixo ventre há 3 dias, que piorou hoje, há aproximadamente 6 horas. No momento refere dor intensa (0 a 10, refere 10) e pequeno sangramento via vaginal. Procurou o pronto socorro em sua cidade, há 1 dia, tendo sido dispensada com orientação de retorno se necessário e Buscopan Plus® 1cp vo 8/8h.

Controles clínicos:

PA: 90X50mmHg, FC: 120bpm, FR: 23ipm, Temp: 37,3° C

Ao exame: Paciente corada, desidratada 1+/4+, extremidades frias, perfusão periférica diminuída 1+ /4+, contactuante, orientada, em posição antálgica.

AP respiratório: MB + simétrico sem RA; e AP cardiovascular: 2 BRNF sem sopro.

Abdome: Plano, tenso, doloroso difusamente à palpação profunda, com defesa abdominal positiva (DB+) na fossa ilíaca direita, RHA diminuídos.

Especular: Presença de JEC em -1, secreção amarelada, KOH positivo. Presença do fio do DIU exteriorizando-se pelo OI do colo (3 cm).

Toque: colo consistência fibroelástica, útero intrapélvico e doloroso à mobilização do colo. Dor intensa à compressão do fundo de saco posterior.

Laboratorial

Hemograma: HB 9,0; Ht 33; plaqueta 150 mil. Leucocitos 13.000 (1% bastão)

Ureia – 15, Creatinina – 0,8; Urina 1 – leuco 15 mil, hemácias 2 mil.

BetaHCG: +

QUESTÃO 10:

Quais suas principais hipóteses diagnósticas?

Abdomen agudo hemorrágico; Gestação ectópica rota; Vaginose bacteriana; Choque hipovol mico ( ndice de choque maior que 1); DIU fora do lugar (devido ao fio estar mais longo que o habitual).

QUESTÃO 11:

Qual sua interpretação dos resultados destes exames associados ao quadro clínico da paciente, você solicitaria mais algum exame complementar, se sim justifique, se não justifique?

Paciente está com beta positivo – e hemoglobina baixa, favorecem a hipótese de gestação ectópica rota. KOH – positivo que fala a favor de vaginose bacteriana. Solicitaria um ultrassom transvaginal para confirmação diagnóstica da gestação ectópica e da localização do diu, se este exame estivesse disponível no serviço.

Resposta após análise de recurso: Considerando os sinais de instabilidade hemodinâmica apresentados pela paciente, também é considerada correta a conduta de priorizar a abordagem cirúrgica imediata, sem aguardar a realização de exames complementares, diante da suspeita de gestação ectópica rota. Assim, serão consideradas corretas tanto a solicitação de ultrassonografia transvaginal, quando disponível e sem atraso da conduta, quanto a indicação de abordagem cirúrgica de urgência diante da instabilidade hemodinâmica.

QUESTÃO 12:

Qual sua conduta inicial?

Internação. Acesso venoso calibroso – abocath no 18 ou 16. Tipagem sanguínea. Reserva de sangue. Reposição volêmica – com Ringier lactato. Sondagem vesical de demora. Monitorização, controle de PA, FC e diurese. Laparotomia exploradora com exérese e hemostasia da região acometida (salpingectomia e/ou ooforectomia) (tratamento da gestação ectópica). Metronidazol 500mg 12/12 h por 7 dias (tratamento da vaginose bacteriana). Retirar o DIU caso esteja mesmo fora do lugar.

QUESTÃO 13:

Após a alta qual a orientação e conduta?

Abstinência sexual por 40 dias. Anticoncepcional – neste caso o melhor seria oral ou injetável. Se desejo de nova gestação – solicitar histerossalpingografia para avaliação de permeabilidade tubária. Não engravidar até resultado da histerossalpingografia. Retorno em 15 dias no ambulatório para avaliação. Não fazer esforço físico por 40 dias. Atestado médico.

PEDIATRIA

CASO 04

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 14:

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 vasoespasma 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 15:

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

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 16:

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 me- nos 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, con- segue 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 17:

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 desnecessário. 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.

SAÚDE COLETIVA

CASO 05

A Sra Maria das Dores Correa, 71 anos é portadora de artrite reumatoide há cerca de 30 anos. Veio à consulta na Unidade Básica de Saúde preocupada com a perda de peso não intencional de 8kg nos últimos dois meses, acompanhada de adinamia e tosse seca. Relata “que após o diagnóstico do reumatismo, engordou

muito”. E agora por estar apresentando perda de peso, acredita que possa estar com “uma doença ruim tipo câncer”. Assim, gostaria de realizar alguns exames para esclarecer o que está ocorrendo e, tomar vitaminas para melhorar a fraqueza. Nos últimos dez anos mantém acompanhamento anual na reumatologia, utiliza prednisona 20mg/dia, metotrexate 250mg seis comprimidos por semana e hidroxicloroquina 400mg/dia. Relata hipertensão arterial sistêmica há 15 anos e atualmente utiliza losartana 50mg duas vezes por dia e hidroclorotiazida 25mg/dia. Há cinco anos foi diagnosticada com diabetes melito, sendo medicada com metformina 850mg três vezes por dia e Glicazida 60mg três comprimidos pela manhã. É viúva e mora com o filho mais novo que está em regime prisional semiaberto (à noite dorme no presídio) e que esteve em tratamento para tuberculose pulmonar há dois anos. Ao exame físico: mucosas normocoradas e hidratadas, PA: 130 x 85mmHg, glicemia capilar ocasional 135mg/dL, Peso: 61kg, Altura: 1,47m. ACV: ritmo regular em dois tempos sem sopros. Ap. Resp: murmúrio audível uniformemente em ambos hemitoraces. SatO2: 96%. Considerando o caso acima responda às perguntas abaixo:

QUESTÃO 18:

Qual a principal suspeita diagnóstica a ser abordada na consulta?

Tuberculose Pulmonar.

QUESTÃO 19:

Qual ou quais exames complementares principais podem ser solicitados para confirmação do diagnóstico?

Exame de escarro PCR Teste Molecular Rápido para TB.

Radiografia de Tórax PA e Perfil.

QUESTÃO 20:

Quais as condições ou fatores de risco envolvidos na suspeita diagnóstica?

Idosa, extremo de idade, em uso de corticoides (acima de 15mg/prednisona/dia), diabetes, contactante de pessoa privada de liberdade e história de tuberculose nos últimos dois anos.

QUESTÃO 21:

Caso os exames confirmem a suspeita, qual a conduta?

Baciloscopia, cultura de escarro e início do esquema básico para tuberculose: 4 comprimidos com rifampicina 150mg, isoniazida 75mg, pirazinamida 400mg etambutol 275mg durante dois meses e 4 comprimidos com rifampicina 150mg, isoniazida 75mg durante quatro meses. Acompanhamento mensal para exames de baciloscopia e avaliação do peso. Cuidados com o controle glicêmico pela redução do efeito dos hipoglicemiantes pela rifampicina e a isoniazida.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.: il. ISBN 978-85-334-2696-2 1. Tuberculose. 2. Vigilância em Saúde. 3. Manual. I. Título. II. Série